

UNIVERSIDAD DE CUENCA



Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Maestría en Desarrollo Local, mención en Economía Social y Solidaria

“Agentes ancestrales: situación socio-económica y socio-laboral”

Cuenca – Ecuador

**Trabajo de titulación previa a la
obtención del título de Magister
en Desarrollo Local, mención en
Economía Social y Solidaria.**

Autora:

Econ. Ana Lucía Mendoza Sigüenza
C.I. 0102462694
anilumendoza23@hotmail.com

Directora:

Ing. Nubia Gabriela Álava Atiencie, Mg.
C.I. 0103202081
gabriela.alava@ucuenca.edu.ec

Cuenca-Ecuador

05/12/2019

Resumen

En la presente investigación denominada «Agentes ancestrales: situación socio-económica y socio-laboral. Cuenca-Ecuador» se analiza la situación actual en la cual se desempeñan los Agentes de medicina ancestral en el cantón Cuenca, poniendo énfasis en los factores socioeconómicos y sociolaborales, y su relación con la Economía Popular y Solidaria. La población estudiada fueron 105 agentes ancestrales pertenecientes a parroquias urbanas y rurales del cantón Cuenca, que se encuentran registrados en el Ministerio de Salud. Para su análisis se recurrió a estadística descriptiva e inferencial. Los resultados evidenciaron que las prácticas médicas no están influenciadas por factores sociolaborales y socioeconómicas, son las características individuales como la edad, el sexo, la educación, las que se constituyen en determinantes para la realización de las prácticas médicas ancestrales. Estos resultados confirman que las prácticas ancestrales se las realizan más allá del rédito económico, que su fin último, es aportar a la sanación de las personas, como un acto solidario, es aquí en donde confluyen las prácticas ancestrales y la economía popular y solidaria, las dos buscan mejorar las condiciones de las personas y aportar al cuidado de la vida.

Palabras claves: Medicina ancestral. Agentes de medicina ancestral. Economía popular y solidaria.

Abstract

In the present research called «Ancestral agents: balance, healing and life», the current situation in which the ancestral medical agents work in the canton of Cuenca is analyzed, with an emphasis on socio-economic and socio-labor factors, and their relationship with the Popular Economy and Solidarity. The population studied were 105 ancestral agents belonging to urban and rural parishes of the canton of Cuenca, which are registered with the Ministry of Health. For its analysis, descriptive and inferential statistics were used. The results showed that medical practices are not influenced by socio-labor and socio-economic factors, individual characteristics such as age, sex, education, which are determinants for the performance of ancestral medical practices. These results confirm that the ancestral practices are carried out beyond the economic return, that its ultimate goal is to contribute to the healing of people, as a solidarity act, this is where ancestral practices and the popular and solidary economy converge, both seek to improve the conditions of people and contribute to the care of life.

Key words: Ancestral medicine. Ancestral medicine agents. Popular and solidarity economy.

Índice de contenidos

Resumen	2
Abstract	3
Dedicatoria	10
Agradecimiento	11
Introducción	12
Capítulo I: Contexto histórico -social	17
Medicina Ancestral y sus Agentes Médicos.....	17
1.1 Antecedentes históricos de la Medicina Ancestral	17
1.1.1 La Medicina Ancestral en Latinoamérica.....	20
1.1.2 La Medicina Ancestral en el Ecuador	20
1.1.3 La Medicina Ancestral en el cantón Cuenca	23
1.2 Agentes de medicina ancestral: actores fundamentales para la reproducción de las prácticas médicas ancestrales.	24
1.2.1 Características y saberes de los Agentes de medicina ancestral.....	25
1.2.2 Características y saberes de los agentes de medicina ancestral en el cantón Cuenca.....	28
1.3 Prácticas de la Medicina Ancestral.....	33
1.4 Prácticas médicas ancestrales y su relación con la Economía Popular y Solidaria	39
1.5 Convergencias entre la Medicina Ancestral y la Economía Popular y Solidaria	46
Capítulo II: Marco Normativo.....	48
2. Normativa Legal para el accionar de los Agentes de medicina ancestral y la Economía Popular y Solidaria	48
2.1 Normativa Internacional.....	48
2.2 Normativa Nacional	51
Capítulo III: Marco Metodológico	57
3. Camino para la identificación de la situación de los Agentes de Medicina Ancestral	57
3.1 Fundamentos generales de la metodología.....	57
3.1.1 Alcance de la investigación	57
3.2 Diseño metodológico de la investigación.....	59
3.2.1 Primera fase: Investigación cuantitativa.....	59
3.2.1.1 Unidad de análisis	60
3.2.1.2 Población de estudio.....	60



3.2.1.3 Instrumento de recolección de datos	61
3.2.1.4 Elaboración de la Variable de constructo «Prácticas Médicas Ancestrales»	64
3.2.1.5 Prueba piloto.....	69
3.2.1.6 Aplicación del cuestionario	70
3.2.1.7 Organización de la información: base de datos	71
3.2.1.8 Técnica de análisis de la información	72
3.2.1.9 Interpretación de los resultados	72
3.2.2 Segunda fase: Investigación cualitativa.....	73
3.2.2.1 Población de estudio.....	73
3.2.2.2 Técnicas de recolección de información	74
3.2.2.3 Análisis de la información.....	74
3.2.2.4 Fiabilidad de la información.....	75
Capítulo IV: Análisis y resultados	76
4. Realidad en la que se desenvuelven «Agentes de Medicina Ancestral» en Cuenca	76
4.1 Identificar a los Agentes de medicina ancestral presentes en el cantón Cuenca	76
4.2 Caracterización de los Agentes de medicina ancestrales en el cantón Cuenca.	78
4.3 Análisis de características socio económicas. Agentes de medicina ancestral.....	80
4.4 Análisis de características socio laborales. Agentes de medicina ancestral	84
4.5 Análisis de las diferencias entre el ingreso económico Agentes de medicina ancestral de acuerdo a su oficio.	89
4.6 Capacidad explicativa de las variables sociodemográficas y socioeconómicas en las prácticas de medicinal ancestrales en el cantón Cuenca.	91
Discusión.....	95
Conclusiones	96
Glosario.	99
Bibliografía.	100
Anexos.....	110

Índice de Tablas

Tabla 1: Distribución de Agentes de medicina ancestral. Cantón Cuenca.....	60
Tabla 2: Sistema de preguntas «Constructo Prácticas Médicas Ancestrales».....	65
Tabla 3: Estadísticas de fiabilidad.....	68
Tabla 4: Fiabilidad y validez de los constructos	69
Tabla 5: Dimensiones del Cuestionario.....	69
Tabla 6: Selección de Agentes de medicina ancestral, según sexo, procedencia y especialidad para el levantamiento de la información cualitativa.....	73
Tabla 7: Agentes de medicina ancestral del cantón Cuenca, según especialización y procedencia.	78
Tabla 8: Datos demográfico de Agentes de medicina ancestral. Cuenca, 2018.....	80
Tabla 9: Material de las paredes, pisos, techo	82
Tabla 10: Distribución de la población en estudio según servicios básicos.....	84
Tabla 11: Agentes de medicina ancestral, según actividad principal.....	85
Tabla 12: Agentes de medicina ancestral, según especialidad y sexo.....	85
Tabla 13: Distribución de Agentes de medicina ancestral, según sexo.....	87
Tabla 15: Prueba ANOVA de un factor, entre la especialidad u oficio del agente ancestral y su ingreso promedio.....	90
Tabla 16: Modelos de regresión lineal de prácticas de medicina ancestral del Cantón Cuenca .	92
Tabla 17: Modelo de regresión lineal múltiple seleccionado de prácticas ancestrales por parte de los agentes de medicina ancestral en la Ciudad de Cuenca.....	93
Tabla 18: Prueba de multicolinealidad de las variables del modelo de prácticas de medicina ancestral.....	120

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Salud y Equilibrio para los médicos ancestrales.....	26
Gráfico 2: Distribución de la población según nivel de educación alcanzado	81
Gráfico 3: Propiedad de la vivienda	82
Gráfico 4: Distribución de Agentes de medicina ancestral, según tiempo en años que realizan prácticas médicas ancestrales	86
Gráfico 5: Agentes de medicina ancestral, según ingresos	88
Gráfico 6. Distribución de los residuos no estandarizados del modelo de regresión lineal de las prácticas ancestrales en la Ciudad de Cuenca	120

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1: Agentes de Medicina ancestrales en el cantón Cuenca Shamán	30
Ilustración 2: Agentes de Medicina ancestrales en el cantón Cuenca: Curanderos	31
Ilustración 3: Agentes de Medicina ancestrales en el cantón Cuenca: Sobadores	32
Ilustración 4: Agentes de Medicina ancestrales en el cantón Cuenca: Parteras	33
Ilustración 5: Aplicación de Cuestionario PRAM.2018.....	71
Ilustración 6: Participantes de la entrevista grupal.2018.....	74
Ilustración 7: Participantes taller «Mis derechos y mis obligaciones».....	77

Índice de Cuadros

Cuadro 1: Agentes de medicina ancestral según su especialidad.....	27
Cuadro 2: Agentes de Medicina Ancestral: Prácticas y recursos	34
Cuadro 3: Prácticas y métodos de la Medicina Ancestral: Dimensiones y subdimensiones.....	37
Cuadro 4: Modelo teórico	38
Cuadro 5: De la Economía Social a la Economía Popular y Solidaria.....	44
Cuadro 6: Convergencias entre paradigmas, recursos y principios de la Medicina Ancestral y la Economía Popular y Solidaria.....	47
Cuadro 8: Estructura del proceso metodológico mixto	59
Cuadro 9: Dimensiones y subdimensiones de las prácticas médicas ancestrales.....	63

Cláusula de Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

Ana Lucía Mendoza Sigüenza, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Agentes ancestrales: situación socio-económica y socio-laboral" Cuenca – Ecuador", reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 05 de Diciembre del 2019



Ana Lucía Mendoza Sigüenza

C.I. 0102462694

Cláusula de Propiedad Intelectual

Ana Lucía Mendoza Sigüenza, autora del trabajo de titulación "Agentes ancestrales: situación socio-económica y socio-laboral" Cuenca – Ecuador, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 05 de Diciembre del 2019



Ana Lucía Mendoza Sigüenza

C.I. 0102462694



Dedicatoria

Este trabajo de Investigación lo dedico de manera especial a mi esposo Pablo, por su apoyo y comprensión durante todo el proceso de este sueño, a mis hijos por su paciencia, por las horas de ausencia; a mis padres por su amor; a mi amiga Katita Sigüenza por ayuda y enseñanzas.

Dedico también este trabajo a todas las personas que practican la medicina ancestral en el cantón Cuenca, personas invisibles y luchadoras que dedican su vida al bienestar de los demás.

Agradecimiento

Quiero agradecer, en primer lugar, a Dios por darme la oportunidad de culminar esta etapa en mi vida profesional. A mi esposo Pablo por toda su paciencia y comprensión incondicional en todos los momentos, gracias por estar ahí siempre. A mis hijos quienes son la bendición más grande y principal motivo de mis logros, a mis padres Lucía y Emilio quienes con todo su amor me han enseñado a ser la persona que soy.

A mi amiga Katita, por todo la ayuda y enseñanza, su amistad es de esas que se conservan para toda la vida. A mi directora Gabriela Álava, por su entendimiento, comprensión y guía en el desarrollo de mi trabajo.

Finalmente, a las personas Agentes de Medicina Ancestral del cantón Cuenca por abrir sus puertas y compartir toda la información de sus prácticas y saberes.

Introducción

...la Salud es un estado en el que el ser humano está en completo equilibrio armónico consigo mismo, con la naturaleza y el espíritu de vida.

(Ministerio de Salud Pública, 2016)

Desde hace miles de años, un elemento fundamental en el sistema del sector salud es la práctica de la «Medicina Ancestral» entendida como:

un conjunto de conceptos, conocimientos, saberes y prácticas milenarias ancestrales, basadas en la utilización de recursos materiales y espirituales para la prevención y curación de las enfermedades, respetando la relación armónica entre las personas, familias y comunidad con la naturaleza y el cosmos. (Ley de Medicina Tradicional Ancestral Bolivia, 2013:13).

Estos conocimientos se transmiten de generación en generación para contribuir a la salud del ser humano, entendida desde la cosmovisión andina, no como la ausencia de enfermedad sino como el estado de equilibrio y armonía entre el espíritu, el aura, la energía y el cuerpo (Gualavisi, 2008).

Las prácticas médicas ancestrales se han enfrentado al peso del colonialismo, aún presente, generado posturas, condiciones, relaciones y estructuras nuevas y distintas, sin embargo, se mantiene, con ciertas particularidades. Estas prácticas están estrechamente relacionadas con el cuidado del medio ambiente, del agua, de la tierra, de la salud integral de los seres humanos y de los seres vivos con los que interactúan, generando una interdependencia entre la naturaleza y las personas que la practican, quienes deben desarrollar conocimientos específicos relacionados con plantas, animales y otros elementos de la naturaleza. En el ámbito cultural, la práctica de la medicina ancestral aporta a la transmisión y reproducción de normas y saberes culturales. En el ámbito sociales, estas prácticas tienen una dimensión socio-espiritual que incide sobre las actitudes y prácticas de los seres humanos. Además, estas prácticas al privilegiar la preservación de la vida, el Buen Vivir y el cuidado ambiental sobre los réditos económicos aportado a la Economía Popular y Solidaria (EPS) como parte del Sistema

de Economía Social y Solidaria (SESS)¹, por lo tanto, aporta al fortalecimiento de un modelo económico que propende el bien común, a la sostenibilidad de la vida, a la prelación del trabajo sobre el capital, al respeto a la identidad cultural; entre otras, busca contribuir a la construcción de una sociedad más equitativa, inclusiva, social y ambientalmente sostenible. (Corporación Nacional de Finanzas Populares y Solidarias, 2017).

En este contexto, a nivel internacional, con la Declaración de Alma Atta (URSS) en 1979, la Organización Mundial de la Salud (OMS) instigó a los países miembros a fomentar la participación activa de la población, incluyendo sus conocimientos y prácticas de medicina tradicional en los sistemas de salud en el mundo, no obstante, hace poco tiempo «las reivindicaciones políticas de los movimientos indígenas por el reconocimiento de su cultura e identidad étnica, ha cobrado fuerza dado un gran impulso hacia una reevaluación de la cultura médica de pueblos indígenas» (Knipper 2006:413), generando cambios sobre legislación reconociéndola como un derecho e integrándola al sistema de salud, complementando a la medicina formal, ya que, durante mucho tiempo fue considerada, como «superstición e ignorancia» (Argüello y Sanhueza, 1996:43) opuestas a la medicina occidental, por tanto, desvalorizada e invisibilizada.

En América Latina, la medicina ancestral ha sido un proceso histórico de conocimientos, prácticas y saberes que propenden a mejorar la relación entre el ser humano y su entorno, constituyéndose en una alternativa de acceso a atención a salud, especialmente en las zonas en donde es difícil acceder a la medicina occidental, ya sea por razones económicas o étnicas (Nigenda, Mora, Aldama y Orozco, 2001). Sin embargo, su práctica ha sido constantemente subordinada y desvalorizada en los sistemas de salud públicos, a pesar de la creciente utilización de ésta, como una alternativa ante problemas de salud que no atiende la medicina convencional.

En Ecuador, país diverso, caracterizado por una multiplicidad de identidades culturales, la medicina ancestral ha sido predominantemente utilizada; sin embargo, el

¹ Sistema de Economía Social y Solidaria (SESS): La Constitución de la República del Ecuador 2008, es el Art. 283 establece que el «sistema económico es social y solidario; reconoce al ser humano como sujeto y fin; propende a una relación dinámica y equilibrada entre sociedad, Estado y mercado, en armonía con la naturaleza... (Constitución 2008:140)

irrespeto y la exclusión de los conocimientos, prácticas y agentes de salud ancestrales ha derivado, entre otros, en «profundas limitaciones de acceso a los servicios de salud, especialmente de los pueblos y nacionalidades indígenas y afro ecuatorianos» debido al predominio y sobrevaloración del enfoque occidental en la salud (MAIS,2013:45). No obstante, al igual que en otros países de América Latina, la Constitución al reconocer los derechos colectivos, la plurinacionalidad y la interculturalidad garantiza la diversidad cultural, al establecer el fortalecimiento y el desarrollo de los sistemas tradicionales de salud en el marco de la equidad, estableciendo en el Art. 57, numeral 12, garantía, protección, mantenimiento y desarrollo de los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales (...); sus medicinas y prácticas de medicina tradicional (...), en ese mismo tema el Art. 385, establece la recuperación, fortalecimiento y potenciación de los saberes ancestrales (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

En concordancia con la Carta Magna, la Ley Orgánica de Salud (2006) en el Art. 6 numeral 26 determina el establecimiento de «políticas para desarrollar, promover y potenciar la práctica de la medicina tradicional, ancestral y alternativa; así como la investigación, para su buena práctica» (Ley Orgánica de Salud, 2006:2). Debiendo incorporar el enfoque intercultural integrando los conocimientos de las diferentes medicinas, entre ellas, la ancestral, en los instrumentos de política pública, así como en planes, programas, proyectos y modelos de atención de salud, delegando estas funciones al MSP como entidad responsable de la rectoría en salud.

En respuesta al mandato legal, el MSP, cuenta con la Dirección Nacional de Salud Intercultural que tiene por responsabilidad la formulación y coordinación e implementación de políticas, planes, programas y proyectos que aporten al reconocimiento y respeto de la diversidad de pueblos y nacionalidades, y la articulación de los conocimientos, saberes y prácticas ancestrales de salud. Específicamente en el cantón Cuenca, la Coordinación Zonal 6 de Salud a través de la Dirección de Promoción de la Salud e Igualdad y del Subproceso de Interculturalidad, viene trabajando en la conservación y promoción de saberes ancestrales con los agentes de medicina ancestral, sin embargo, a la fecha no se dispone de información que dé cuenta de las condiciones sociolaborales y socioeconómica en la cual se desempeñan estas personas, razón por lo cual, al ser funcionaria de institución, siento el deber social de aportar a la obtención de

esta información, a partir de la cual, se tomen decisiones para la construcción de políticas públicas que respondan a las necesidades de este grupo.

Con estos antecedentes presento la tesis denominada «Agentes ancestrales: condiciones sociolaborales y socioeconómica. Cuenca-Ecuador» mediante la cual visibilizo la realidad en la que se desempeñan las personas que practican la medicina ancestral en el cantón.

Las **preguntas** que guían esta investigación son:

- ¿Cuál es la situación económica y laboral de las personas agentes de medicina ancestral en el cantón?
- ¿Existen diferencias en los ingresos económicos que perciben los Agentes de medicina ancestral según su especialidad?
- ¿Cómo explican las variables socio-económicas y socio-laborales las prácticas médicas ancestrales?

Se plantea como **hipótesis central** que las personas agentes de medicina ancestral conocedores de saberes y prácticas ancestrales buscan el equilibrio entre el cuerpo, la mente y el espíritu, aportan al cuidado de la salud y a la reproducción cultural, más allá de los réditos económicos y laborales que pueden obtener de estas prácticas.

Objetivo general:

Analizar la situación actual de los agentes de medicina ancestral en los ámbitos socio-demográficos y socio-económicos su relación con la Economía Popular y Solidaria, en el cantón Cuenca.

Objetivos específicos:

OE1. Identificar a los Agentes de medicina ancestral presentes en el cantón Cuenca.

OE2. Caracterizar a las personas agentes de medicina en el cantón Cuenca, en los ámbitos socio-económico y socio-laboral.

OE3. Establecer si existen diferencias significativas en el ingreso económico Agentes de medicina ancestral de acuerdo a su especialidad.

OE4. Determinar la capacidad explicativa de las variables socio-demográficas y socio-económicas en las prácticas de medicina ancestral en la ciudad de Cuenca.

Se define trabajar con hombres y mujeres que practican la medicina ancestral, tanto de la zona urbana como rural del cantón Cuenca, desde un enfoque metodológico mixto (cuantitativo y cualitativo), que permite desarrollar métodos, técnicas, herramientas para indagar la realidad de manera integral.

La presente tesis está estructurada en cuatro capítulos. El primero expone el marco teórico de la investigación, el cual permite un acercamiento al conocimiento teórico conceptual de la medicina ancestral, sus agentes y su relación con el modelo económico popular y solidario. En el segundo capítulo, se desarrolla la normativa legal en la cual está inmersa la medicina ancestral, sus agentes y la economía popular y solidaria. En el capítulo tres se expone la metodología utilizada, la cual contempla métodos, técnicas y herramientas para el levantamiento, análisis e interpretación de la información. En el capítulo cuatro se exponen los resultados y la discusión de los mismos, y finalmente, se considera una sección de conclusiones.

Capítulo I: Contexto histórico-social

Medicina Ancestral y sus Agentes Médicos

En el presente capítulo se pretende describir el contexto histórico-social en el que se desenvuelven los Agentes de medicina ancestral del cantón Cuenca-Ecuador. Para ello se hará una rápida revisión histórica de la medicina ancestral y sus agentes en Latinoamérica y en el Ecuador. Para luego centrarse en el cantón Cuenca, describiendo y analizando los aspectos relacionados al mundo migrante, la ruralidad, la modernidad y la economía y su relación con la reproducción de las prácticas médicas ancestrales.

1.1 Antecedentes históricos de la Medicina Ancestral

Se considera importante hacer una revisión rápida de la historia de la medicina ancestral en Latinoamérica y en el Ecuador que permita tener una mirada regional y nacional acerca de este tipo de medicina, sus agentes, sus prácticas y recursos. Este acercamiento histórico permitirá aterrizar el análisis de la situación de los agentes médicos en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay.

Se inicia este capítulo analizando el concepto de ancestralidad para lo cual se cita a Hernández y Velazco (2014) quienes consideran a la ancestralidad como un proceso relacional que permite la transmisión de la historicidad concentrando tres dimensiones: la vida comunitaria, el lugar físico y social y, la lengua indígena, cada una de las cuales se constituyen en ejes fundamentales de identidad cultural. De estos ejes, las autoras consideran que la vida comunitaria es «uno de los ejes más resistentes al paso del tiempo, se basa en la ética del servicio y la reciprocidad en donde la individualidad tiene sentido sólo en el contexto de su contribución a la colectividad» (Hernández y Velazco, 2014:149). Involucra un sistema de cargos que se basa en el valor del servicio al pueblo, se asocia a la tradición, saberes, costumbre y responsabilidad, articulando la relación con los ancestros a la vez que implica la continuidad de saberes y conocimientos. Así también, la lengua indígena se constituye un referente decisivo en la construcción de la identidad étnica como lazo de transmisión de la cosmovisión de los antepasados. De igual forma el espacio físico y social como territorio idealizado de los ancestros. Por tanto, la ancestralidad se constituye en fuente de identidad.

Identidad que involucra entre otras cosas la apropiación de saberes o conocimientos ancestrales, que para su entendimiento se ha recurrido diversas propuestas, desde diferentes disciplinas, sin embargo, para fines de esta investigación, consideramos la tesis de dos autores, que a mi parecer se complementan, por un lado, Josef Estermann (1998), cuya premisa implica la necesidad de rescatar la sabiduría de los pueblos andinos. Este autor hace referencia a la filosofía andina donde «un ser se entiende en tanto está en relación con otros seres» por lo tanto, «el principio para entender el mundo es la conservación y perpetuación del orden cósmico de las relaciones vitales» (Estermann, 1998:231). Y por el otro, Barth (2003) para quien, los saberes ancestrales son considerados como «un conjunto de ideas sobre el mundo que es transmitido, distribuido y empleado por diferentes medios en el marco de una organización social» (Barth, 2003 citado en Bravo, 2013:19). Desde esta perspectiva, Arturo Escobar (2010) expresa que los indígenas entienden al mundo como una red de relaciones (...) que incluyen a los seres humanos desde una visión integral (cuerpo, alma y espíritu) y todo su entorno.

Desde esta lógica, para Rodrigo de la Cruz y otros (1999) los saberes ancestrales son:

la esencia de los conocimientos tradicionales, entendidos como aquellas sabidurías ancestrales y conocimientos colectivos e integrales que poseen los pueblos indígenas, afroamericanos y comunidades locales, fundamentados en la praxis milenaria y su proceso de interacción hombre-naturaleza, y transmitidos de generación en generación, habitualmente, de manera oral (De la Cruz, 1999:77)

Entre los saberes ancestrales se encuentran las prácticas de salud y el manejo de plantas medicinales, animales, minerales, que busca la transformación y la sanación del ser, de las subjetividades, de las enfermedades.

Desde esta perspectiva, la medicina ancestral es percibida como la medicina propia de una cultura o un grupo de personas que involucra el equilibrio de lo que se percibe con el cuerpo, los sentidos y la espiritualidad, en donde la salud no se refiere únicamente a la ausencia de enfermedad, sino que implica la armonía de las energías es decir, estar sano significa prosperar en el ámbito del conocimiento, mantenerse en armonía con la naturaleza, ser productivo en la comunidad con la que se convive

(Aparicio, 2005). Se identifica tres características fundamentales de la medicina ancestral, 1) responde a las necesidades de salud considerando su entorno sociocultural y geográfico, 2) hace uso de los recursos naturales como elementos de sanación, en relación estrecha con la cultura y las creencias y, 3) considera a la enfermedad como un desequilibrio del entorno físico, vivencial y simbólico. Además, la medicina ancestral posee un carácter religioso y místico (Campos, 2011), y su importancia radica al ser una alternativa a las demandas de salud distinta a la del modelo oficial y fundamentalmente en la reproducción de la cultura.

Así también, Zuluaga Germán citado en Morales y Arimuya (2014), enfatiza que la «Medicina ancestral», existió antes de la aplicación de la ciencia en la salud, es reconocida en diversos ámbitos y dependiendo de la sociedad y su cultura es integrada en el sistema de salud dominante. Está influenciada por factor económicos, culturales y su reconocimiento han permitido que en algunos países sea cada vez de mayor utilidad, y la define como:

...un conjunto de conocimientos y prácticas, que tiene como fundamento el saber médico ancestral de la población, modificado a lo largo de los siglos por la influencia de la medicina popular europea, la religión cristiana, la tradición africana y los elementos popularizados de la medicina occidental (Morales y Arimuya, 2014: 9).

En este sentido, estudios realizados por Childe, Castiglioni, Lowi citados por Villatoro (1984), evidencian medicina ancestral y sus prácticas existieron mucho antes que los conocimientos científicos o la llamada medicina científica, y las personas quienes la practicaba fueron sacerdotes, médicos y los llamados hechiceros, quienes gozaban de privilegios en la sociedad, evidenciando la existencia de personas con la capacidad de calmar o curar enfermedades. Se transmite a través de la oralidad, situación que ha permitido el conocimiento sobre el funcionamiento del cuerpo humano, el uso de plantas y raíces con carácter medicinal y procedimientos para tratar enfermedades a través de recursos mágicos y religiosos.

1.1.1 La Medicina Ancestral en Latinoamérica

En Latinoamérica, la medicina ancestral, a lo largo de la historia, esta interrelacionada con la forma de interpretar la salud, la enfermedad, el origen, las consecuencias y el proceso de desarrollo y, rige la conducta del ser humano en relación con su entorno a través de un conjunto de creencias, símbolos y ritos que llevan implícitos principios de cosmovisiones determinadas. Implica la atención de las personas a través de técnicas integrales que incorporan cuerpo, mente y espíritu en relación directa con el entorno, brindando armonía consigo mismo, con la comunidad y la naturaleza, «para la satisfacción de necesidades materiales y, la aceptación de la protección divina» (Kramer, 2004 citado por Zapparoli, 2012:109).

Las prácticas de medicina ancestrales se basan en el principio de la dualidad calor-frío, macho-hembra y sol y luna, resaltando la relación de complementariedad entre opuesto (Cáceres, 1982) como una fuerza generadora que aporta a la identificación de las causas de la enfermedad y las terapias de sanación requeridas para restablecer su equilibrio, aporta, por lo tanto, a la protección, prevención y atención de la salud humana. Sus agentes se conectan con sus divinidades a través de rituales y símbolos religiosos para recibir su protección y el poder de sanación. Éstas ha sido un medio que contribuye a la protección, prevención y atención de la salud humana, no obstante, con frecuencia ha sido subestimada y desvalorizada en los servicios de salud por el posicionamiento y predominio de la medicina occidental como hegemónica.

La medicina ancestral y su práctica se materializa con rituales, que buscan la salud del cuerpo y del espíritu, a través de técnicas, acciones y conocimientos se manifiestan en la cultura y mentalidad de los grupos sociales, reproduciéndolos como parte de su cotidianidad (Chifa, 2010).

1.1.2 La Medicina Ancestral en el Ecuador

En el Ecuador, durante varios siglos la medicina ancestral era la única que existía, tanto en sectores rurales como en sectores urbanos, no es hasta los años 70, con la llegada del petróleo, que se empieza a expandir la medicina occidental en el Ecuador, instaurándose en los servicios de salud públicos y privados, llevando a evidenciar la

diferenciación de diversos tipos de medicina, entre ellas, la medicina ancestral. (Morales y Arimuya, 2014).

A partir de lo dicho, se configura un sistema de salud en el cual coexisten la medicina científica dominante que responde a una racionalidad occidental, en donde la enfermedad se concibe como una relación causa-efecto y, por otro lado, la medicina ancestral y alternativas (acupuntura, homeopatía, entre otras). Sin embargo, en función del objetivo de esta trabajo, la atención se centra en la medicina ancestral, caracterizada como ya se indicó, por su contenido empírico, religioso, racional, en donde la enfermedad significa una transgresión de la armonía que afecta la integridad de la persona, a la unidad de la familia y a la existencia de toda la comunidad, es decir, la medicina ancestral involucra tanto lo individual como lo colectivo a fin de tener una visión integral de la enfermedad (Hermida y Quezada, 1992).

En la década de los noventa, se inicia la reivindicación de la medicina ancestral en un contexto de empobrecimiento familiar, déficit de recursos públicos orientados al sector salud, contexto que dio lugar a la inclusión de las aspiraciones de los pueblos indígena a participar en la construcción de políticas internacionales en temas de salud que facilitan la creación de sistemas locales, promoviendo políticas con enfoque social y de desarrollo pluricultural, con la creación de la Dirección Nacional de Salud Indígena y el reconocimiento constitucional de este tipo de prácticas ancestrales.

En este contexto, la Constitución del Ecuador (2008), en su preámbulo establece el reconocimiento de las raíces milenarias y las diversas formas de religiosidad y espiritualidad en las cuales se sustenta la sabiduría de las culturas. Establece la interculturalidad como uno de los principios que rige la prestación de los servicios de salud y, reconoce y garantiza las prácticas de salud ancestral, sus conocimientos, recursos diagnósticos, terapéuticos y de sanación.

Pero ¿qué se entiende por interculturalidad en el ámbito de la salud? Para dar respuesta a esta interrogante, se parte citando a Aníbal Quijano (1999) quien considera que uno de los elementos constitutivos del poder capitalista es la colonialidad que se fundamenta en la imposición étnica /racial que opera en los distintos ámbitos y dimensiones materiales y subjetivas de la existencia social, como instrumento de

estructuración social, ligado a la explotación del trabajo y al capitalismo mundial. Es así que, a nivel subjetivo, la colonialidad ha operado permitiendo la negación de los sentidos integrales de la existencia y humanidad. A nivel epistemológico, desvalorizando el conocimiento indígena y, a nivel socio-espiritualmente, ha impuesto la noción de un mundo único, socavando los sistemas de vida y principios de las comunidades indígenas desconociendo e invisibilizando las «relaciones sagradas que conectan los mundos de arriba y abajo con la tierra y con los ancestros como seres vivos» (Walsh,2009:30)

En este sentido, y a pesar de la persistencia de la dominación y sus patrones del poder, los pueblos indígenas han mantenido sus saberes, lógicas, cosmovisiones y formas de vivir al punto que, hoy en día, para interés de esta investigación, se recurren a prácticas medicinales indígenas combinándolas con la medicina occidental.

Esta combinación lleva al análisis de la interculturalidad, entendida como un proceso ético, social, político y epistemológico que busca la transformación de estructuras hegemónicas del ser, estar, pensar, actuar, es decir, suscita pensar con seres, saberes, lógicas, cosmovisiones y formas de vivir distintas. (Walsh,2009)

Desde esta perspectiva la interculturalidad es conceptualizada como

...el contacto e intercambio entre culturas en términos equitativos; en condiciones de igualdad. Tal contacto e intercambio no deben ser pensados simplemente en términos étnicos sino a partir de la relación, comunicación y aprendizaje permanentes entre personas, grupos, conocimientos, valores, tradiciones, lógicas y racionalidades distintas, orientados a generar, construir y propiciar un respeto mutuo, y un desarrollo pleno de las capacidades de los individuos y colectivos, por encima de sus diferencias culturales y sociales (...) es implosionar –desde la diferencia– las estructuras coloniales del poder (...); es re-conceptualizar y re-fundar estructuras sociales, epistémicas y de existencias, que ponen en escena y en relación equitativa lógicas, prácticas y modos culturales diversos de pensar, actuar y vivir. (Walsh, 2009: 41, 43)

Es decir, la interculturalidad se refiere a complejas relaciones e intercambios culturales que intenta romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas, buscando reforzar las identidades tradicionalmente excluidas para construir un convivir de respeto y legitimidad, tanto en la vida cotidiana como en las instituciones sociales, confrontando la discriminación, el racismo y la exclusión, mediante el reconocimiento de las diferencias, no como desigualdades sino como diversidad, a fin de reconstruir sociedades, sistemas, procesos y estructuras fundamentadas en el respeto de relaciones, actitudes, valores, prácticas, saberes y conocimientos diversos, que conlleven a la revitalización de elementos ancestrales contribuyendo al reconocimiento del «otro» como sujeto con propia identidad y capacidad de actuar.

Si bien la interculturalidad a nivel personal se enfoca en la necesidad de construir relaciones entre iguales que permita superar nuestros imaginarios, discursos y praxis impregnada desde la colonialidad del ser, a nivel social se enfocan en la necesidad de transformar las estructuras de la sociedad y las instituciones represivas haciéndolas sensibles a las diferencias culturales y a la diversidad de sus prácticas tanto educativas, jurídicas, de medicina y salud, entre otras. Por tanto, ésta debe ser vista como procesos dinámicos, creativo y repleto de tensión y en constante construcción, que cuestiona profundamente la lógica instrumental del sistema capitalista en el cual vivimos, impregnado de asimetrías sociales, económicas, políticas, de poder, y de las condiciones institucionales que limitan el desarrollo de solidaridades y responsabilidades compartidas.

1.1.3 La Medicina Ancestral en el cantón Cuenca

Con estos antecedentes y para acercarse al entendimiento de la medicina ancestral a nivel local se debe tener claro que la ancestralidad, la interculturalidad y la identidad son ejes transversales de las prácticas ancestrales. En este sentido, el cantón Cuenca, uno de los 15 cantones de la provincia del Azuay, se encuentra conformado por 15 parroquias urbanas y 21 parroquias rurales, éstas últimas abarcan cerca del 97% del territorio cantonal, se caracteriza por la conservación de tradiciones ancestrales, entre ellas, la práctica de la medicina ancestral, como un componente central de la reproducción cultural, desarrollada por sus agentes especializados quienes hacen uso de

múltiples métodos y técnicas que involucran elementos naturales, sociales y espirituales para aliviar enfermedades del cuerpo, mente y espíritu. Es decir, la medicina ancestral articula lo físico, mental y espiritual en relación con la naturaleza y sus componentes curativos, como se ha identificado a lo largo de este capítulo.

En este contexto, en el año 2012, el Ministerio de Salud Pública (MSP), a través de la entonces Dirección Provincial de Salud del Azuay, en cumplimiento de sus funciones, creó la primera organización de agentes de medicina ancestral llamada Asociación Intercultural de Yachaks «Aiyapu-Pumapungo», con el objetivo de conservar y promover la medicina ancestral. En el año 2017, el MSP le concedió la personería jurídica, siendo reconocida como parte del Sistema Nacional de Salud.

Entre los principales servicios que se brinda los Agentes de medicina ancestral en el cantón están: cura del espanto, mal aire, mal del ojo, realizan baños de florecimiento para la buena suerte, fortalecen el aura a través de limpias energías, analiza y quitan malas energías, curan los nervios, gastritis, úlceras con plantas naturales, tratamientos para problemas de circulación sanguínea, nervios, presión alta, hígado, riñones, rehabilitación para columna y fracturan, realizan masajes relajantes y curativos, entre otros.

1.2 Agentes de medicina ancestral: actores fundamentales para la reproducción de las prácticas médicas ancestrales.

La Medicina Ancestral comprende la interrelación de procesos culturales, cosmovisiones, recursos curativos, terapias y personas, por tanto, hablar de ésta implica dialogar sobre las personas quienes conocen y reproducen los secretos de la naturaleza, de las plantas, de la espiritualidad, los llamados Agentes de medicina ancestral, quienes tienen una forma de entender la salud/enfermedad, enmarcados en sus propios valores y tradiciones. Son considerados guías espirituales y actores fundamentales en la vida de los pueblos y comunidades debido al rol que desempeñan en cuanto al cuidado de la salud y como reproductores de la cultura.

La Ley Orgánica de Salud (2012) denomina a las personas que practican la medicina ancestral como «Agentes de Medicinas Ancestral» definiéndolos como:

...sanadores que intervienen en diferentes ámbitos de la salud, cuyas denominaciones son particulares a cada una de las nacionalidades y pueblos, y su reconocimiento proviene de las propias comunidades donde prestan sus servicios. Las condiciones y características formales y temporales de su formación son propias de su tradición y cultura ancestral (Ley Orgánica de Salud, 2012: 52).

En esta investigación se asumirá la denominación de «Agente de Medicina Ancestral» entendida como:

...practicantes con base histórica socio cultural e identificados por su saber y práctica especializada centrados en la tierra, seno materno protector y sustentador necesario de todas las formas de vida, que sintetiza la fuerza de una religiosidad ancestral eminentemente agraria y gira alrededor de la potencia cultural indio mestiza (Morales, 2013:30).

1.2.1 Características y saberes de los Agentes de medicina ancestral

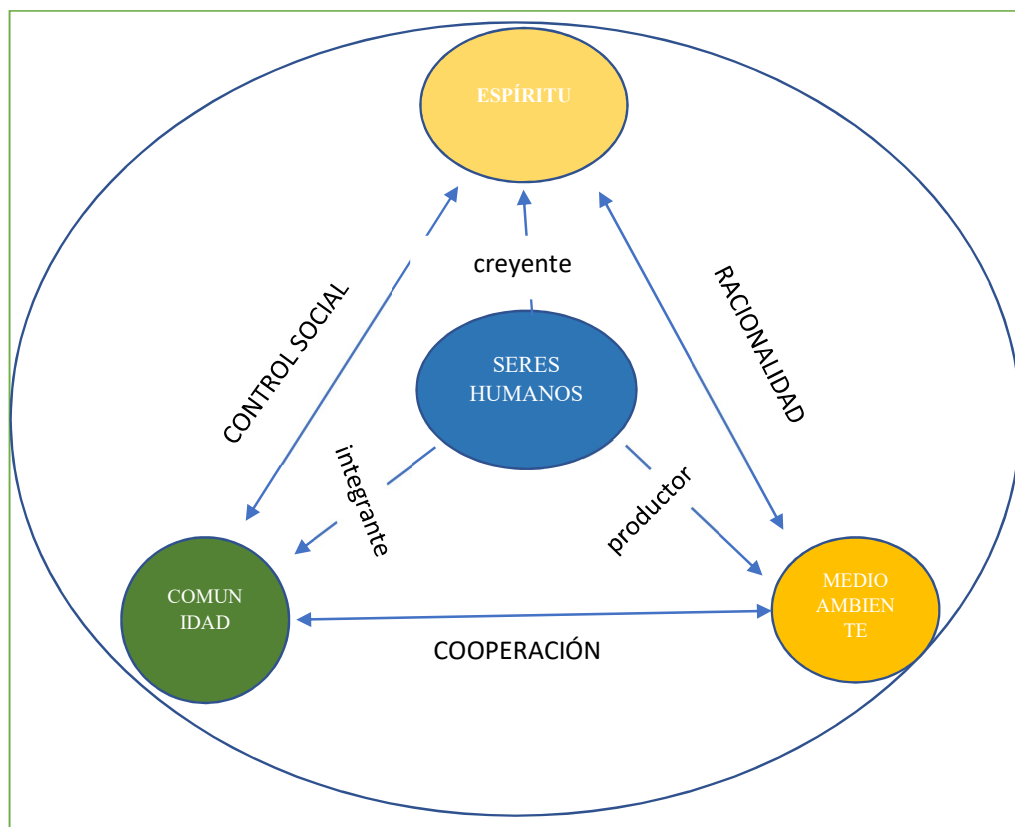
La vida de los agentes de medicina ancestral transcurre desde su nacimiento, aprenden, practican y transmiten el conocimiento expresado en el poder de sanar, son personas de un carácter fuerte, enérgico para enfrentar las malas energías. Son líderes o lideresas respetados, escuchados y su credibilidad se fundamenta en su identificación con la comunidad donde actúa. Su trabajo tiene relevancia social ya que mantiene y reproduce conocimientos tradicionales. Sus conocimientos y saberes son integrales buscan el equilibrio entre salud y enfermedad, entre mente y espíritu; entre las energías positivas y negativas, entre lo natural y sobrenatural (Distrito Metropolitano de Quito, 2013).

Para los agentes de medicina ancestral, hablar de equilibrio implica una triple relación: entre el hombre con su respectivo medio geográfico (hombre productor), con respecto al grupo del cual forma parte (como integrante) y con respecto a los espíritus que rigen su vida y de su comunidad (creyente). En síntesis, la salud de las personas depende del equilibrio con su comunidad, con su espiritualidad y su medio ambiente.

Debido a que estos atribuyen diferentes significados al cuerpo, alma y espíritu, lo cual es parte de sus identidades, costumbres y tradiciones. En este sentido, el hígado es considerado la sede del alma, cuya función es guardar la sangre y asegurar el fluir sin tropiezos de la energía por mente y cuerpo, en tanto que el corazón es el órgano del sistema circulatorio que permite mantener la salud a través del bombeo de la sangre enriquecida de oxígeno a las arterias, el riñón es el almacén de la esencia vital, la fuente de la reproducción de la especie y longevidad. Sin embargo, la salud, el bienestar y la enfermedad dependen de la relación/interacción de la persona (integralmente) con el medio: físico-natural, social y cultural (Gazo, 2017). Véase Gráfico 1.

El don de sanar depende de las cualidades que posee cada agente de medicina ancestral, éste es heredado de sus padres, madres, abuelos o es concedido por fuerzas supremas desarrollándose con el tiempo a través del estrecho vínculo que mantienen con la naturaleza. (Distrito Metropolitano de Quito, 2013).

Gráfico 1: Salud y Equilibrio para los médicos ancestrales



Fuente: Delgado (1996)

Elaborado por: Anita Mendoza

Para autores como Jiménez, Hernández, Espinosa, Mendoza, Torrijos (2015) desde la perspectiva tradicional, es común que los agentes de medicina ancestral vislumbren el origen de la enfermedad distinguiendo cuatro causas principales:

- Causas naturales cuyos factores afectan el estado fisiológico de las personas.
- Causas sociales generadas por las transgresiones a las normas colectivas.
- Causas calendáricas asociadas a determinados periodos de tiempo, posición de los astros, y el carácter dicotómico del universo,
- Causas de filiación cultural aquellas enfermedades generadas por agentes divinos y seres sobrenaturales diversos.

La Organización Mundial de la Salud, de la cual el Ecuador es uno de los Estados miembro, denomina a quienes practican la medicina ancestral como: sanadores, parteras, sobadores, yachak, taitas, mamas y shamanes. Para Gualavisí (2008), el conocimiento médico ancestral identifica tres niveles, en primer nivel, los yerberos o curanderos que sanan con plantas. En segundo nivel, los sobadores y las parteras quienes utilizan las manos para curar, y en el tercer nivel, los shamanes, yachags, uwishines, personas que curan con alucinógenos el poder de su mente.

Por otro lado, entre los agentes de medicina ancestral según las investigaciones realizadas por Morales (2013), Bustamante y Castillo (2016) se puede identificar diferentes denominaciones según sus especialidades, como se expone en el cuadro 1.

Cuadro 1: Agentes de medicina ancestral según su especialidad

Denominación	Especialidad
Jampi camayoc	Médicos generales
Sancoyoc	Médicos populares
Macsa o vibra	Médicos Ancestrales que hacen uso de prácticas mágicas para sanar
Moscoc	Diagnostican enfermedades a través de los sueños

Wacaricure	Diagnostican utilizando animales (cuy)
Hierbateros	Curan con plantas
Sobadores	Atienden fracturas, luxaciones/masajistas.
Yachac	Cura de enfermedades sobrenaturales
Huayropichac	Curan el mal viento (dolencia de características culturales)
Shucuchic	Curan del espanto (dolencia de características culturales)
Socayac	Cura problemas del corazón
Sangradores	Realiza sangrías
Parteras	Tratamiento del embarazo, el parto y post parto.

Elaborado por: Autora

Considerando estas denominaciones y especialidades se debe resaltar que los agentes de medicina ancestral son quienes conocen sobre el uso, dosificación y las formas de administración de los insumos médicos ancestrales, así como los procedimientos y rituales utilizados.

1.2.2 Características y saberes de los agentes de medicina ancestral en el cantón Cuenca.

En el cantón Cuenca los agentes de medicina ancestral, han mantenido la esencia del saber andino, sus prácticas y experiencias en salud, sobre todo en las zonas rurales, es así que, según registro de la Coordinación de Salud-Zonal 6, identifican las siguientes especialidades: shamanes, curanderos, sobadores y parteras, las cuales concuerdan con identificación realizada por Naranjo (2009), en su estudio denominado «La cultura popular en el Ecuador».

Si bien antropológicamente no se puede afirmar que existe categorías definidas para los agentes de medicina ancestral, con el afán de caracterizar las diferentes prácticas ancestrales, a continuación, se hace un esfuerzo por definir las según su especialidad, con base en diálogos y encuentros mantenidos con agentes de medicina ancestral que se encuentran registrados en la Coordinación de Salud-Zonal 6, en conciencia con varios autores.

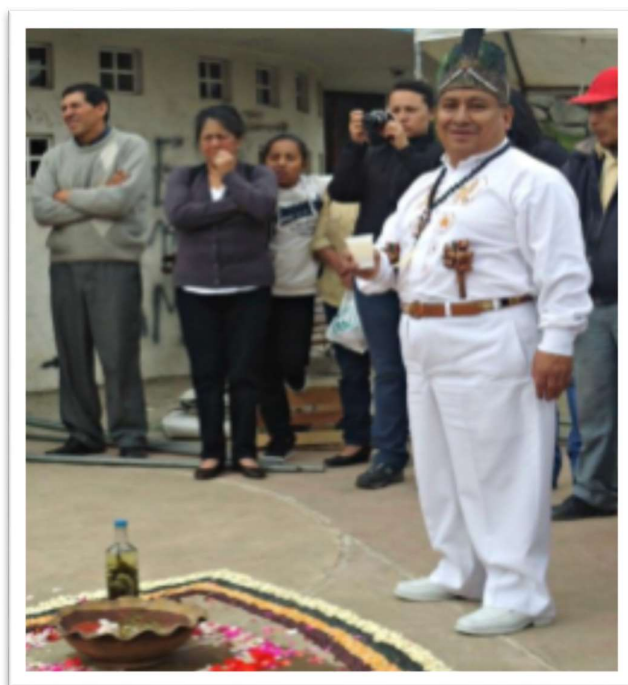
Shamanes

En términos generales los shamanes son personas a las que se les atribuye la facultad de curar, de invocar y comunicarse con los espíritus y de presentar habilidades adivinatorias, entre otros. Sus conocimientos son transmitidos por tradición oral, pasa de generación en generación. Entre sus funciones principales es la restaurar el equilibrio y armonía entre el hombre, su mundo espiritual y físico. En este sentido, el chamán

constituye un eje cultural en el seno de su cultura o de su comunidad étnica. En su persona, se integran no solo funciones terapéuticas sino también aspectos religiosos o míticos. Es el hombre que cuida por la salud de los individuos y del grupo, al mismo tiempo se ubica en intermediario de los dioses. Permite a la comunidad comunicarse con otro mundo, el más-allá, adonde viajó alguna vez en sus trances, para negociar con los espíritus, rescatar alguna alma extraviada, interpretar los deseos de las entidades de lo invisible. Por ello, el chamán asume a la vez las funciones de médico y sacerdote (Mabit, J. 1996:2).

El Shamán centra su atención en la experiencia del espacio, en cuatro direcciones, arriba, el cielo y los mundos superiores y; abajo, la tierra y los mundos inferiores. La sanación tiene lugar en un espacio sagrado compuestos por altares en donde se une ambos mundos, el visible y el invisible. Durante el ritual, el Shamán invoca a los poderes específicos a través de plegarias y ofrendas de comida, agua y humo, rodeándose por los espíritus que ocupan un propio lugar en la reconstrucción ritual del universo espiritual, recuperando una parte perdida del alma, sacando energía foránea del cuerpo del cliente resultando en la salud, generando que las cosas en la vida comiencen a organizarse por sí mismas de mejor manera. Es decir, la responsabilidad del Shamán está en el ritual manteniendo la estructura del espacio mítico, pero la responsabilidad de la curación está en los espíritus.

Ilustración 1: Agentes de Medicina ancestrales en el cantón Cuenca Shamán



Fuente: Guacho Daniela

Curanderos

Genéricamente el termino curandero es asignado a los terapeutas en el ámbito de la medicina tradicional, quedando incluidos aquellos curadores que cumplen la función del médico general, que atienden una diversidad de padecimientos y enfermedades empleando diversos recursos y métodos diagnósticos y curativos (Gazo, 2017).

Los curanderos se dedican al diagnóstico y tratamiento de enfermedades generadas por agentes naturales o sobrenaturales, a decir de los agentes de medicina ancestral que participan en el estudio, sus conocimientos son proporcionados por sus padres o algún familiar, sin embargo, existe casos que aseguran haber adquirido gracias a la influencia de alguna fuerza divina o que nacieron con este don.

Para Naranjo (2009) los curanderos poseen conocimientos para identificar síntomas y enfermedad del cuerpo y del espíritu, así como amplios saberes acerca de las plantas medicinales y sus usos. A través de rituales neutralizan la influencia maligna del cuerpo y del espíritu curando sus afecciones. Su característica es aliviar las enfermedades físicas y mentales que aquejan a la persona. Se debe resaltar que entre los

curanderos se diferencian entre los especialistas humorales, energéticos y del sistema circulatorio.

La OMS expresa que los curanderos tradicionales tienen el don de ayudar en distintitos males que presentan las personas, pueden sanar los sufrimientos de distintos tipos mediante la realización de actividades como limpias, masajes, sobadas, entre otras. La atención a las personas enfermas se la realiza junto a un altar con imagen de su devoción a las cuales invocan como parte del proceso de curación.

Ilustración 2: Agentes de Medicina ancestrales en el cantón Cuenca: Curanderos



Fuente: Autora

Sobadores/as

Los sobadores, hombres o mujeres, son personas especializadas en cuestiones de fracturas, luxaciones, curan quebrados, dislocados. Una de las características principales de los sobadores es que sus saberes esta dirigidos específicamente a las sanaciones físicas del cuerpo a través de masajes de rehabilitación curan con las manos los dolores musculares producidos por reumas, golpes, luxaciones o caídas, es decir, atienden traumatismos óseos y tratamientos de control con la finalidad de disminuir las molestias.

Para el diagnóstico utilizan la técnica de tacto, vista y oído, para el tratamiento acuden a masajes de la zona afectada, a fin de activar la circulación, relajar los músculos y ligamentos. Además, concurren a un conjunto de técnica manuales para corregir los desplazamientos óseos, aplican emplasto preparados en base a elementos

vegetales y animales, entablillados, vendajes, medicación oral y dieta (Delgado, H. 1985).

Ilustración 3: Agentes de Medicina ancestrales en el cantón Cuenca: Sobadores



Fuente: Internet.

Parteras

Históricamente la maternidad ha constituido un acontecimiento importante en la vida social y reproductiva de las mujeres. En este contexto, existe una gran variedad de conocimientos, rituales, costumbres y prácticas culturales relacionadas con el parto, entre los diferentes grupos humanos, en donde la partera conocida también como «comadrona» es considerada una persona sabia, conocedora del arte de traer la vida, encargada del acompañamiento durante todo el periodo de embarazo, parto y postparto.

Para Gazo (2017) las parteras son personas que «atiende partos en el domicilio de la parturiente, conoce diversas técnicas y hacen uso de hierbas apropiadas para logra un parto normal, igualmente tienen conocimientos de atención a recién nacidos» (Gazo, 2017: 51). Son personas confiables, con experiencia, vocación, y sabiduría adquirida por vivencias, prácticas y conocimientos, para la atención del embarazo.

Ilustración 4: Agentes de Medicina ancestrales en el cantón Cuenca: Parteras

Fuente: MSP.2018

1.3 Prácticas de la Medicina Ancestral

En el Ecuador, la práctica de medicina ancestral, es una actividad reconocida constitucionalmente y considerada en las agendas de planificación para su revalorización preservación y promoción. En esa lógica, el sistema nacional de salud del Ecuador, menciona que las prácticas de medicina ancestral han existido desde hace miles de años, estas varían según su población y región, además son diversas las plantas medicinales, productos, procesos y terapias tradicionales utilizados en estas prácticas para asegurar las curaciones.

En nivel local, las prácticas de medicina ancestral se mantienen y se observan en hechos de la vida cotidiana. Es común encontrar, los días martes y viernes, la presencia de agentes de medicina ancestral realizando estas actividades en diferentes lugares del cantón destacando su presencia en los mercados y centros de expendio agroecológicos. En el cantón Cuenca se evidencia la presencia de diferentes agentes de medicina ancestral como: shamanes, curanderos, sobadores y parteras que actualmente practican este saber cultural en la zona, como se desprende de la base de datos proporcionado por la Coordinación de salud, zona 6.

En Cuenca las prácticas médicas ancestrales están profundamente arraigada en sus creencias y tradiciones, para Garzón y Quinche (2018) existe una diversidad de prácticas médicas ancestrales que se realizan, entre las que se identifican: el diagnóstico, cuya función es determinar la causa de la enfermedad. El tratamiento, considerado la guía en la elección del método de curación y, las limpias, procedimiento realizado para prevenir, diagnosticar o aliviar un conjunto de padecimientos, su objetivo es reequilibrar los niveles emocional, espiritual, mental, físico y energético en las personas.

Para autores como Koon (1999) citado en Correa (2002) las prácticas de la medicina ancestral abarcan varios métodos de diagnóstico y tratamiento, que incluyen terapias físicas como los masajes, las terapias mentales que comprenden la autodisciplina (dietas estrictas y espirituales que hace referencia a los rezos y el uso de agua bendita).

Para la realización de prácticas de la medicina ancestral se utilizan diferentes elementos y recursos como: velas para absorber y purificar energías, piedras sagradas como portadoras de energías, huevos para el diagnóstico y tratamiento del «mal de ojo» y «mal aire», animales como medio curativo para eliminar malas energías (cuy negro), y plantas como energizantes para la protección y curación. Además, se utiliza agua bendita, colonia, tabaco, collares, rosarios, crucifijos, imágenes, trago y brebajes.

A continuación, se presenta un cuadro resumen de los agentes de medicina ancestral sus principales prácticas y recursos:

Cuadro 2: Agentes de Medicina Ancestral: Prácticas y recursos

Prácticas	Prácticas tradicionales de salud relacionadas con enfermedades humorales	Mal de ojo, espanto, mal aire, empacho, caída de mollera, disentería, torcedura de músculos, ruptura de huesos, daño(brujería), anginas, etc.
	Orientación y atención del parto	Se ocupan de la mujer, su fertilidad y su gestación (comadronas)

	Tratamiento de fracturas y golpes	Fracturas, luxaciones, articulares, cortaduras, ciática (sobadores)
Procedimiento y recursos	Recurso humano	Agentes de medicina ancestral: Curanderos, parteras, sobadores, shamanes.
	Diagnósticos y tratamientos	Diagnóstico: observación de síntomas y signos mediante el uso de: la vela, orina, huevos y cuy. Tratamientos: sobadas, masajes, limpias, entre otras.
	Recursos terapéuticos materiales y simbólicos	Materiales: animales, minerales, plantas, piedras, cremas, brebajes. Simbólicos: limpias, rezos, amuletos.

Fuente: Marco teórico de la presente investigación

Elaborado por: Ana Lucía Mendoza. Maestría de Investigación en Desarrollo Local. Mención Economía Social y Solidaria, de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad de Cuenca.

En resumen, las prácticas de medicina ancestral se enmarcan en diagnósticos, tratamientos, limpias, masajes, rituales y atención de partos, en búsqueda del bienestar y salud de las personas de manera integral, es decir, considera su bienestar físico, psicológico y espiritual en armonía con el medio físico-natural, social y cultural en el que habita (Gazo, 2017).

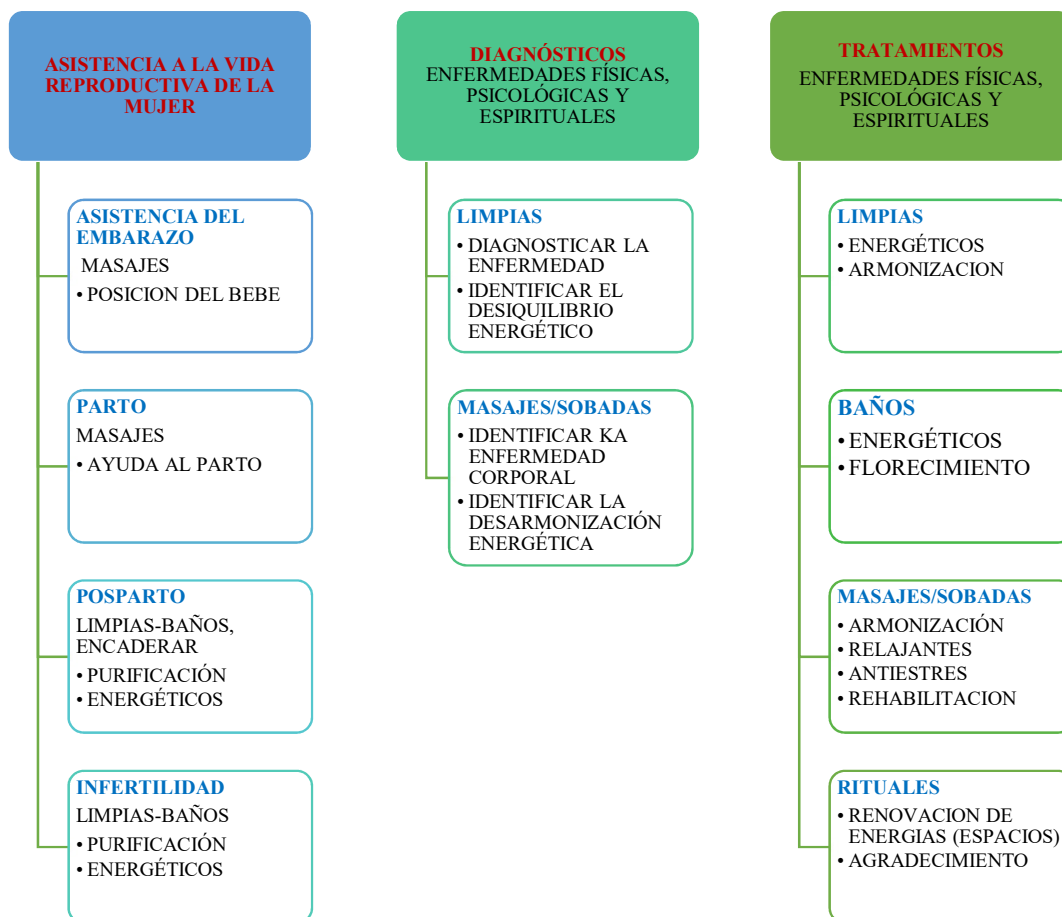
En este contexto, la presente investigación toma ciertas premisas de autores citados que permiten identificar como principales prácticas de medicina ancestral: el diagnóstico y tratamiento de enfermedades del alma, cuerpo y espíritu y la asistencia a la vida reproductiva de las mujeres (embaraza, partos y posparto, infertilidad) en tanto que, las limpias, baños (energéticas, florecimientos, armonización), rituales (renovación de energías y agradecimiento) y masajes (armonización, relajantes, antiestrés y rehabilitación) constituyen métodos (subdimensiones) de las prácticas ancestrales. En este marco, se identifica teóricamente que las prácticas de medicina ancestral contemplan como dimensiones las prácticas per se y como subdimensiones los métodos utilizados para la sanación. En este sentido las prácticas ancestrales son:

- **Diagnósticos:** a través de las prácticas diagnósticas se identifican las causas, signos y síntomas de la enfermedad, para lo cual, se apoyan en técnicas como la limpias y dependiendo de la formación, poderes y preferencias del médico ancestral puede utilizar diferentes insumos como: huevos, velas, animales (cuy) y en algunas veces la orina del enfermo.

- **Tratamientos:** son prácticas diversas con finalidades terapéuticas que buscan curar o mejorar las enfermedades. Los tratamientos pueden ser medicinales, físicos y de procedimientos, como el masaje, terapias espirituales y del cuerpo-mente. Para su práctica utilizan elementos de la naturaleza por su relevante poder curativo, entre ellos, las vela que se caracterizan por absorben y purifican la energía; las piedras, portadoras de energía y de protección de energías negativas, huevos para curar del «mal de ojo» y «mal aire» especialmente en los niños; el cuy utilizado tanto para el diagnóstico de enfermedades y como medio curativo para eliminar malas energías; plantas energizantes, las de protección y las de curación o medicinales utilizadas durante las ceremonias curativas y de diagnóstico, además se utiliza agua bendita, colonia, tabaco, imágenes y «trago» (alcohol). Como parte del sincretismo, la religión se inserta en medio de las prácticas autóctonas y ancestrales. Se debe recalcar que las prácticas ancestrales de diagnósticos y tratamientos están interrelacionadas, utilizan simultáneamente método e insumos.

- **Asistencia a la vida reproductiva de las mujeres:** entre las prácticas ancestrales impartidas históricamente privilegian el cuidado de la mujer, especialmente durante el proceso del embarazo y recuperación, pero además está el cuidado algunas dolencias de las mujeres como sangrados, perdidas fetales, infertilidad, entre otras. Los métodos utilizados son generalmente baños, lavados de purificación, eliminando de impurezas, Utiliza especialmente plantas para la realización de esta práctica.

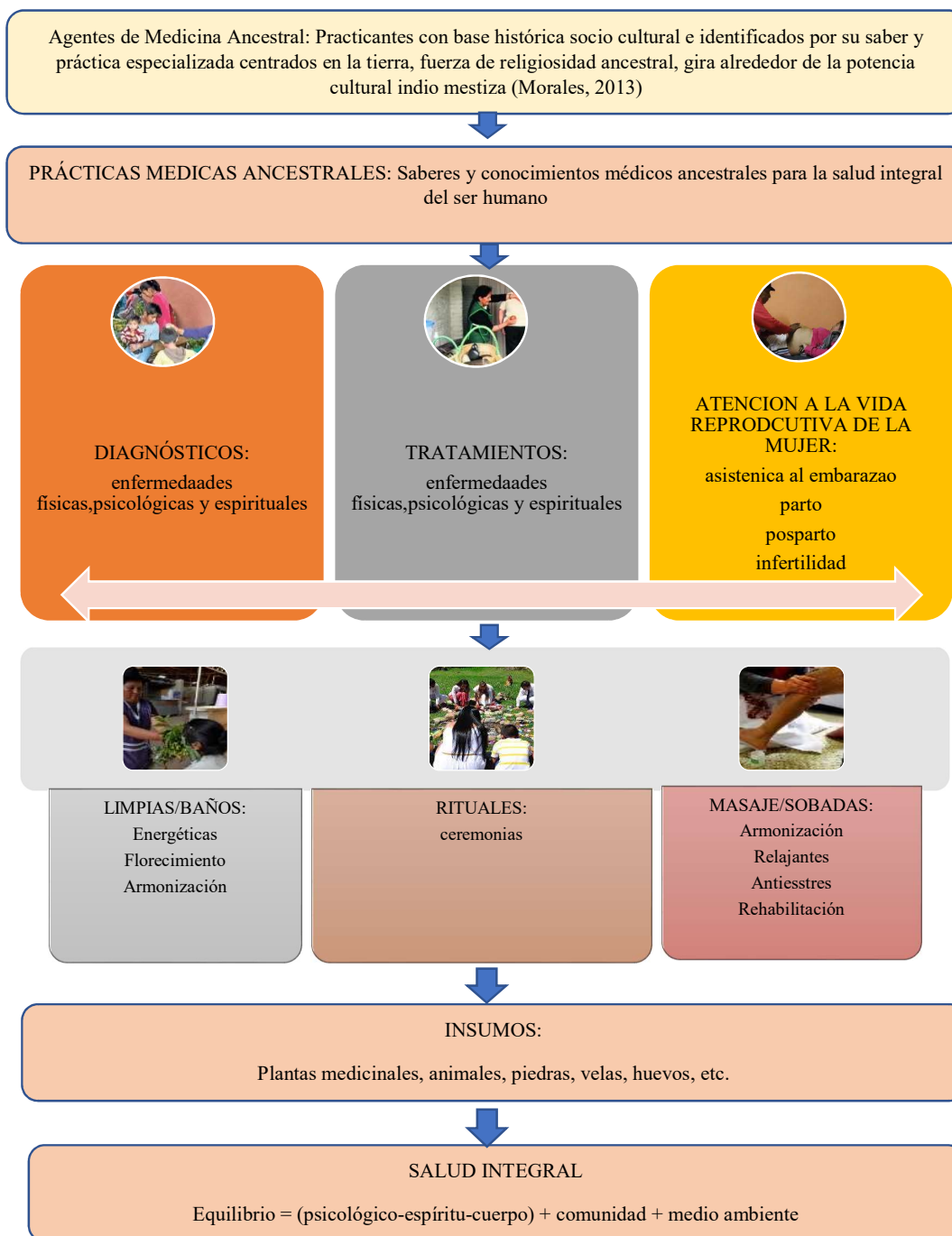
Cuadro 3: Prácticas y métodos de la Medicina Ancestral: Dimensiones y subdimensiones



Fuente: Marco teórico de la presente investigación

Elaborado por: Ana Lucía Mendoza. Maestría de Investigación en Desarrollo Local. Mención Economía Social y Solidaria, de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad de Cuenca.

A continuación, se presenta la ilustración del modelo teórico respecto a los Agentes de Medicina Ancestral y las prácticas de Medicina Ancestral, métodos e insumos.

Cuadro 4: Modelo teórico**Agentes de Medicina Ancestral y las prácticas de Medicina Ancestral**

Fuente: Marco teórico de la presente investigación
Elaborado por: Autora.

1.4 Prácticas médicas ancestrales y su relación con la Economía Popular y Solidaria

La economía está para servir a las personas (...) y
no las personas para servir a la economía.
(Neef, 1993)

En la práctica de la medicina ancestral y la Economía Popular y Solidaria (EPS) sus agentes y actores, respectivamente, comparten principios fundamentales para la sostenibilidad de la vida, propenden al desarrollo de relaciones armónicas entre los seres humanos, la naturaleza y el cosmos.

En varios países del mundo, un análisis holístico, en términos materiales y espirituales y de resultados del dominio del modelo económico capitalista, ha colocado en la mesa del debate la necesidad de impulsar «otra economía» (alejada de los intereses individuales, el dinero sobre los seres humanos, de la acumulación) que privilegie la justicia, el respeto humano, la revalorización de las prácticas tradicionales, la equidad, etc.

Específicamente, en América Latina frente a la persistente heterogeneidad económica que genera un sistema excluyente impregnado de desigualdad socio-económica que proveniente de la intensificación de su objetivo de acumular, controlando la creatividad humana en el proceso de trabajo que termina en la expropiación y enajenación de las personas trabajadoras y en la devastación de los recursos naturales, se ha impulsado el desarrollo y fortalecimiento de «otra economía».

A continuación, se desarrolla un marco conceptual que conlleva al entendimiento de la «otra economía» en algunas de sus actuales acepciones, economía social, economía solidaria, economía popular hasta llegar al entendimiento de la economía popular y solidaria, como parte de la Economía Social y Solidaria.

Economía Social

En el siglo XIX, se acuña el término de economía social haciendo referencia a nuevas formas de organización establecidas por la clase trabajadora en forma de

cooperativas, asociaciones y mutualidades (Guridi y Jubeto, 2014: 20) que se caracterizaron por incorporar tanto la dimensión socio-cultural que hace referencia a la pertenencia a un grupo con identidad colectiva, historia y un destino común y una dimensión política que buscó una ruptura con el capitalismo; es decir, un sistema económico-político alternativo. Incluye a empresas privadas que producen bienes y servicios de mercado y satisfacen las necesidades de las personas asociadas, y las organizaciones sin ánimo de lucro, que ofrecen servicios a terceros a precios asequibles.

Para Monzón (2010) citado en Sigüenza (2018), la Economía Social es definida como:

...conjunto de empresas organizadas formalmente, con autonomía de decisión y libertad de adhesión, creadas para satisfacer las necesidades de sus socios a través del mercado, produciendo bienes y servicios, asegurando o financiando, y en las que la eventual distribución entre los socios dé beneficios o excedentes, así como la toma de decisiones, no están ligados directamente con el capital o cotizaciones aportadas por cada socio, correspondiendo un voto a cada uno de ellos. La Economía Social también agrupa a aquellas entidades privadas organizadas formalmente con autonomía de decisión y libertad de adhesión que producen servicios de no mercado a favor de las familias, cuyos excedentes, si los hubiera, no pueden ser apropiados por los agentes económicos que los crean, controlan o financian (Monzón, 2010).

Economía Solidaria

En el último cuarto del siglo XX, se incluye el debate sobre la economía solidaria, está influenciada por dos corrientes fundamentales la europea y la latinoamericana. La corriente europea está ligada al desarrollo de la economía social y sus estructuras organizativas, busca superar las desigualdades sociales, resultado del modelo neoliberal, en donde el mercado fue el responsable del manejo económico. Se caracteriza por la combinación de recursos que tienen por objetivo fortalecer nuevas relaciones entre la sociedad civil y el Estado y, por la construcción colectiva de la oferta y la demanda, es decir, la definición de los servicios se basa en las necesidades reales de las personas.

Esta corriente busca la democratización real de las formas de producción y consumo, su dimensión sociopolítica pretende visibilizar iniciativas ciudadanas ocultas por el predominio del capitalismo. En tanto que su enfoque socioeconómico incluye los principios sociales: la reciprocidad y la redistribución. Polanyi (1976) define el significado sustantivo de la economía como un proceso humano orientado a la satisfacción de necesidades, donde prevalece la reciprocidad y la redistribución, como formas de integración, estos principios están alejados de la economía hegemónica donde prevalecen las relaciones mercantiles (Polanyi, 1976:1).

En los años ochenta, surgen los debates de la economía solidaria, desde la corriente latinoamericana, su principal precursor es Luis Razeto (1993) y su premisa determina que la economía solidaria, desde un enfoque de transformación de las estructuras, modos de organización y de acción que caracterizaban la economía contemporánea. La economía solidaria, plantea como fundamental la fuerza laboral, rebasa el individualismo imperante, para insertar la cooperación y el uso compartido (solidaridad) de conocimientos e informaciones para satisfacer las necesidades humanas (Herrera, 2018: 17).

Por lo dicho, la economía solidaria según Razeto esta constituida por organizaciones y actividades creadas de manera original por sus protagonistas, respondiendo a sus particulares problemas y circunstancias y utilizando los medios y recursos que encuentran a su disposición o que ellos mismos crean. Las potencialidades (...) de esta economía (...) son actividades transformadoras, siendo ella misma un gran proyecto de cambio social (Razeto, 1993:66)

Economía Popular

La existencia de grupos populares, trabajadores organizados, cooperativas, sector informal urbano, cuyo objetivo es crear fuentes de empleo para cubrir necesidades básicas, aportan a la sostenibilidad ambiental y propenden a crear una sociedad regida por otra forma de economía en donde prevalezca la vida humana sobre el capital, da lugar a la idea de la economía popular. La Economía Popular, definida por Ana Sarria y Tiribia (2003) dice que es:

...el conjunto de actividades económicas y prácticas sociales desarrolladas por los sectores populares con miras a garantizar, a través de la utilización de su propia fuerza de trabajo y de los recursos disponibles, la satisfacción de necesidades básicas, tanto materiales como inmateriales (Sarria y Tiribia, 2003:173).

Este concepto de economía popular tampoco es nuevo, ya que su debate está presente desde las últimas décadas del siglo XX. Nyssens (1998) citado por Sarria y Tiribia (2003) considera que la economía popular es un medio que permite resistir procesos de exclusión política, cultural y social.

En ese sentido, Sarria y Tiribia (2003) definen la Economía Popular como:

... un conjunto de actividades económicas y prácticas sociales desarrolladas por los sectores populares con miras a garantizar, a través de la utilización de su propia fuerza de trabajo y de los recursos disponibles, la satisfacción de las necesidades básicas, tanto materiales como inmateriales (Sarria y Tiribia, 2003: 173).

Desde esta perspectiva, la Economía Popular apela, , por un lado, a una dimensión económica vista más allá de la generación de ganancias materiales, refiere a la reproducción de la vida, basada en la cooperación, reciprocidad, relaciones de trabajo y supervivencia que generen condiciones favorables para el proceso de formación humana (cultura, educación, salud, vivienda, entre otras), y por otro lado, hace referencia a un conjunto de prácticas a través de las cuales se intenta asegurar la reproducción de la vida, es decir, las formas como en su cotidianidad, producen y reproducen la vida y el cómo esta economía es asumida en cada espacio y tiempo determinado, de acuerdo a la situación política y a las prácticas cotidianas de sus actores y sus agentes (Sarria y Tiribia, 2003).

Para otros autores como José Luis Coraggio (2013) la economía popular es «la economía de los trabajadores, sus familias y comunidades que buscan la obtención de medios para la reproducción de la vida» (Coraggio, 2013: 8). El autor considera que la unidad básica de la economía popular es la «unidad doméstica» como fuente para la

sostenibilidad de la vida, a través del desarrollo de las capacidades de sus miembros, el balance monetario positivo no centrado en la acumulación, el trabajo directo. Combina la producción para el autoconsumo familiar o comunitario, con una fuerte participación como proponentes en los mercados que incluye la venta de fuerza de trabajo.

Economía Popular y Solidaria

Para Coraggio (2014) la potencialización de economía popular hacia una economía más organizada, de mayor escala y principios más afines al bien público conlleva a la economía popular y solidaria a través de:

... redistribuir recursos desde el resto de la economía (...) la articulación de segmentos de la heterogénea Economía Popular, (...) promoviendo formas de organización asociativas, cooperativas, redes solidarias y subsistemas productivo-reproductivos complejos, desarrollando formas de representación y coordinación que vayan más allá de los miembros de cada micro organización... (Coraggio, 2014:13).

Para este autor, la economía popular considera que en tanto sea solidaria, postula por el desarrollo de un modelo alternativo de economía que propende el bienestar de todos, que coloca en el centro de su actividad al ser humano, sus relaciones intersubjetivas, sociales, el trabajo sobre el capital, utilizando el mercado para conseguirlo. Incluye valores como la cooperación, el apoyo mutuo, y la solidaridad a fin de satisfacer las necesidades básicas todas las personas, asumiendo la responsabilidad por la calidad social de los satisfactores que los generan. Además, resalta como es prioritario la propiedad social.

La economía popular y solidaria, está presidida por cinco principios: 1) Producción, en donde las personas trabajadoras deben acceder a formas de conocimiento y control de los medios de producción. 2) Distribución, centrado en la inserción de las personas excluidas por la economía. 3) Circulación, la capacidad de las comunidades para satisfacerse con lo necesario, de manera independiente y por medio de sus propios recursos y trabajo. 4) Consumo, mismo que debe ser responsable y

suficiente y, 5) un principio transversal, que garantice la innovación socialmente responsable y la libre iniciativa (Coraggio, 2011)

En tanto, Javier Herrán (2013) propone que:

...la economía popular y solidaria está pensada por y para los sectores populares, que a diferencia de los modelos liberales buscan garantizar la utilización de su propia fuerza de trabajo, como de los recursos disponibles, la satisfacción de las necesidades básicas a nivel material e inmaterial (Herrán, 2013: 36).

A continuación, a manera de síntesis, se muestra un cuadro resumen con las principales características y principio de las economías detalladas en el presente acápite.

Cuadro 5: De la Economía Social a la Economía Popular y Solidaria

	Economía Social	Economía Solidaria	Economía Popular	Economía Popular y Solidaria
Concepto	...conjunto de empresas organizadas formalmente, con autonomía de decisión y libertad de adhesión, creadas para satisfacer las necesidades de sus socios a través del mercado, produciendo bienes y servicios, asegurando o financiando, y en las que la eventual distribución entre los socios dé beneficios o excedentes...(Monzón, 2010)	Plantea como fundamental la fuerza laboral (trabajo), inserta la cooperación y el uso compartido(solidaridad) de conocimientos e informaciones para satisfacer las necesidades humanas. (Rezeto,1993)	Es la economía de los trabajadores, sus familias y comunidades que buscan la obtención de medios para la reproducción de la vida (Coraggio, 2013).	Propende el bienestar de todos, coloca en el centro de su accionar al ser humano, sus relaciones intersubjetivas, sociales, el trabajo. Incluye valores como la cooperación, el apoyo mutuo, y la solidaridad. Propende a la propiedad social. (Coraggio, 2011).

Principios	Cooperación	Cooperación Solidaridad Bien Común	Cooperación Solidaridad Bien Común	Bien Común Prelación del trabajo sobre el capital, Comercio Justo Equidad de Género Identidad cultural Autogestión Responsabilidad socio-ambiental Distribución equitativa
-------------------	-------------	--	--	--

Fuente: Marco teórico de la presente investigación

Elaborado por: Ana Lucía Mendoza. Maestría de Investigación en Desarrollo Local. Mención Economía Social y Solidaria, de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad de Cuenca.

Economía Popular y Solidaria y sus actores en el Ecuador

La Economía Popular y Solidaria se encuentra reconocida en Ecuador a partir de la Constitución 2008. En mayo de 2011, fue aprobada la Ley Orgánica de Economía Popular y Solidaria, por la Asamblea Nacional, mediante la cual se reconoce las actividades económicas no tradicionales, una de ellas, las prácticas de medicina ancestral.

En nuestro país, la EPS es parte del sistema Económico Social y Solidario, en este sentido, la economía solidaria, no se limita únicamente a las formas asociativas populares sino también a los otros sectores del sistema, cuyas dimensiones, lo material y simbólico/social esta interrelacionadas. Sus funciones están articuladas con el desarrollo de la matriz productiva y reproductiva, ha asumido históricamente la reproducción cotidiana e intergeneracional de la fuerza de trabajo, generando relaciones sociales solidarias, suministrando bienes materiales y formas básicas de protección de las mayorías populares, siendo necesario una escala cada vez mayor de solidaridad, pasar de la solidaridad entre las unidades domesticas familiares o comunitarias a la cooperación y complementación entre diversas organizaciones de un mismo territorio.

La economía popular y solidaria, es una propuesta política democrática, que requiere la incorporación activamente de todas las personas trabajadoras, ocupados o desocupados, formales o informales, empleados públicos o privados, o que produzcan para el autoconsumo (Coraggio, 2011: 207).

Al respecto, la Constitución 2008, en su Art. 311 señala que:

el sector financiero popular y solidario se compondrá de cooperativas de ahorro y crédito, entidades asociativas o solidarias, cajas y bancos comunales, cajas de ahorro y que las iniciativas de servicios del sector financiero popular y solidaria y de las micro, pequeñas y medianas unidades productivas, recibirán un tratamiento diferenciado y preferencial del Estado, en la medida en que impulsen el desarrollo de la economía popular y solidaria (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

1.5 Convergencias entre la Medicina Ancestral y la Economía Popular y Solidaria

La EPS coloca al ser humano y sus relaciones en el centro de su accionar, mantiene y revaloriza prácticas tradicionales que provienen de los pueblos y nacionalidades, busca el fomento de la vida, relaciones armónicas entre las personas y la naturaleza: animales, plantas y piedras, se preocupa de la vida espiritual de las personas, fomenta el descanso y la alegría, promueve el fortalecimiento de la organización económica comunitaria, el trabajo comunitario, relaciones de reciprocidad, busca la satisfacción de necesidades aplicando los principios de cooperación y redistribución de los recursos, busca el bien común para minorizar los problemas latentes de la sociedad.

Por su parte, la medicina ancestral fomenta prácticas para el cuidado de la salud integral de las personas como un acto de solidaridad, más allá de los réditos económicos que estas puedan generar, aportando a la sostenibilidad de la vida y el bien común, respetando y reproduciendo la identidad cultural del contexto en el que se encuentran. Así también, las prácticas de medicina ancestral propenden al cuidado ambiental ya que varios de sus insumos los obtienen de la naturaleza.

De ahí que, tanto las prácticas ancestrales como la economía popular y solidaria comparten principios que buscan la sostenibilidad de la vida, el bien común respetando los derechos de las personas y de la naturaleza.

En este contexto, es fundamental la participación de sujetos económicos populares y los agentes de medicina ancestral, quienes no están motivados únicamente por la generación de ingresos, sino que responden al conjunto de necesidades comunitarias en toda su complejidad, generando satisfactores sinérgicos, es decir, factores que responden a diversas necesidades, vinculadas a las categorías existenciales, ser, estar, tener, hacer, y a las categorías axiológicas: subsistencia, afecto, protección, identidad, conocimiento, creación, participación, ocio, trascendencia y libertad, propuestas por Manfred Max Neef² precursor del «Desarrollo a Escala Humana» cuya premisa se centra en el desarrollo de las potencialidades de las personas y sus relaciones, en toda su complejidad (Neef, 1993).

Por tal razón, fortalecer sus prácticas y revalorizar el trabajo que realizan sus actores y agentes, respectivamente, a través del reconocimiento, recuperación e interconexión pretende rescatar, de los diferentes conocimientos, los universos culturales y simbólicos de los diversos sujetos para hacerlos dialogar y de esa manera mejorar las condiciones de vida de la población. Es decir, la EPS y las prácticas ancestrales fomentan formas de convivencia entre las personas y la naturaleza, conllevando a la satisfacción de las necesidades humanas (entre ellas la salud) garantizando de manera integral la vida.

A continuación, se presenta un cuadro resumen que permita evidenciar las convergencias entre la medicina ancestral y la EPS.

Cuadro 6: Convergencias entre paradigmas, recursos y principios de la Medicina Ancestral y la Economía Popular y Solidaria

	Medicina Ancestral	Economía Popular y Solidaria
Paradigma de desarrollo	Buen Vivir:	Buen Vivir
Objetivo	Garantizar la sostenibilidad de vida mediante el equilibrio integral (cuerpo, alma y espíritu), con la familias, comunidad y naturaleza	Garantizar la sostenibilidad de vida; a través del desarrollo de capacidades y potencialidades de las personas

²Manfred A. Max-Neef, nació el 26 de octubre de 1932, economista chileno, autor de varios libros, obtuvo en 1983 el Right Livelihood Award, el Premio Nobel Alternativo de Economía, «por revitalizar las comunidades pequeñas y medianas, impulsando la autoconfianza y reforzando las raíces del pueblo» (Neef, 1993)

Principios	Complementariedad Reciprocidad Intercambio Solidaridad Bien común Responsabilidad ambiental Reproducción cultural	Bien Común Prelación del trabajo sobre el capital, Equidad de Género Identidad cultural Autogestión Responsabilidad socio-ambiental Distribución equitativa
	Salud sobre los ingresos económicos	Trabajo sobre el capital
	Salud individual y comunitaria	Intereses colectivos sobre los individuales
	Prácticas, tradición y cultura ancestral cultural	Identidad Cultural
	Relaciones armónicas con la naturaleza	Responsabilidad social y ambiental

Fuente: Marco teórico de la presente investigación

Elaborado por: Ana Lucía Mendoza. Maestría de Investigación en Desarrollo Local. Mención Economía Social y Solidaria, de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad de Cuenca.

Capítulo II: Marco Normativo

2. Normativa Legal para el accionar de los Agentes de medicina ancestral y la Economía Popular y Solidaria

El acercamiento a los marcos normativos y legales sobre la medicina ancestral y sus agentes implica una aproximación a los instrumentos internacionales, nacionales y locales que establecen las directrices del accionar en salud desde el sector gubernamental. Resulta fundamental su conocimiento para comprender las políticas públicas y estrategias implementadas que establecen prácticas y acciones en salud.

2.1 Normativa Internacional

La Declaración de Alma-Ata

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma Ata, URSS (1978) recalca como estrategia para alcanzar un óptimo nivel de salud de los pueblos, la necesidad de tomar acciones para proteger y promover un modelo

de atención primaria de salud. En este contexto, en lo que se refiere a medicina ancestral y sus agentes declara, en la sección VII numeral 7, que:

... en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad (OPS, 1978: 2).

A partir de esta Conferencia, la Atención Primaria de Salud toma vital importancia para los Estados y sus políticas de salud, además se reconoce que para la garantía de la salud es fundamental contar con un ecosistema estable, justicia social, equidad, y recursos como la educación, alimentos e ingresos (Bolívar K., 2011 citado por Ministerio de Salud Pública, 2013).

Declaración de la ONU sobre los derechos de los pueblos indígenas Resolución 61/209 107 (2007)

Esta declaración, en su artículo 24, establece como derecho de los pueblos indígenas la práctica de medicina ancestral y la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés. Determina, además, la obligación de los estados de adoptar medidas necesarias para alcanzar el disfrute de la salud física y mental de manera efectiva (ONU, 2007).

Declaración de Beijing (2008)

La Declaración de Beijing (2008) adoptada en el Congreso de la Organización Mundial de la Salud sobre Medicina Tradicional en conformidad con las capacidades, prioridades y legislaciones pertinentes establece:

- La obligación de los estados de promover el conocimiento de la medicina, tratamientos y las prácticas tradicionales, así como su respeto, conservación, promoción y comunicación según las circunstancias de cada país.

- Además, determina la responsabilidad de los Estados en el cuidado de la salud de sus pueblos mediante el impulso de políticas, reglamentos y normas nacionales para garantizar el uso apropiado y seguro de la medicina tradicional, en el marco de un sistema nacional de salud integral. Insta a la adopción de medidas para calificar, acreditar u otorgar licencias a quienes practican la medicina tradicional y, reforzar la comunicación entre los médicos y los practicantes de la medicina tradicional a fin de cooperar, intercambiar y compartir conocimientos, de forma compatible con la legislación nacional y las obligaciones internacionales pertinentes.
- Asimismo, recalca que la medicina ancestral, apegada a la investigación, debe seguir desarrollándose conforme la «Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual», adoptada por la 61ª Asamblea Mundial de la Salud en la resolución WHA61.21, en 2008.

Convenio 169 de la OIT

El Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, en su Artículo 8, establece que en la aplicación de la legislación nacional a los pueblos interesados se respetará y conservará sus costumbres y derecho consuetudinario, compatibles con los derechos fundamentales.

Además, dispone que los gobiernos deben velar por los servicios de salud adecuados o suministrar los medios necesarios que permita a los pueblos, organizar y prestar este servicio bajo su propia responsabilidad y control a fin que puedan gozar de salud física y mental. Los servicios de salud deben planearse y administrarse de manera conjunta considerando las condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, y los métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales (Art. 25).

El Artículo 30 establece que, los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a la cultura y tradiciones de los pueblos interesados, dándoles a conocer sus derechos y obligaciones en lo que se refiere al trabajo, educación, salud, entre otros, en las lenguas de dichos pueblos.

Como se puede deducir, la normativa internacional da cuenta que la atención primaria de salud es una prioridad para todos los Estados considerando el cuidado del ecosistema, justicia social, equidad, en donde las prácticas de medicina ancestral desempeñan un papel fundamental ya que sus principios concuerdan plenamente con estos enunciados.

La legislación internacional resalta la obligación de los países suscritores de proteger la práctica de medicina ancestral y la conservación de sus plantas medicinales, así como de promover su conocimiento adoptando medidas necesarias para alcanzar la salud integral de la población, considerando factores geográficos, sociales y la identidad cultural.

2.2 Normativa Nacional

Constitución de la República del Ecuador 2008.

Los pueblos y nacionalidades del Ecuador han luchado constantemente por el reconocimiento legal de la existencia de sus sistemas culturales ancestrales, demanda que fue plasmada en la Constitución de la República del Ecuador 2008, con el reconocimiento de los derechos colectivos que los ampara y definiendo los alcances de la plurinacionalidad (Art. 57). Garantiza los derechos a mantener, desarrollar y fortalecer su identidad, sentido de pertenencia, tradiciones ancestrales, entre otros (Art. 25).

La Constitución reconoce los sistemas tradicionales de salud garantizando el desarrollo de sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales, sus recursos genéticos, la agro biodiversidad y sus medicinas y prácticas de medicina tradicional, estableciendo, la responsabilidad del Estado, en la garantía de este derecho mediante la generación de políticas económicas, sociales, culturales, educativas, ambientales y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión (Art. 32), así como el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos (Art. 363).

En cumplimiento del derecho a la salud, el artículo 358 indica que «el sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las

capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral...» enunciando que este sistema «... comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud...» (Art.359).

En la sección del régimen del Buen Vivir, se establece que los sistemas tradicionales de salud y sus agentes forman parte del Sistema Nacional de Salud, garantizando el reconocimiento de la diversidad social y cultural y promoviendo la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. (Arts. 358, 359, 360 y 362)

Además, establece que la red pública integral conformada por establecimientos estatales, de la seguridad social y otros proveedores serán responsables de la promoción, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, así como de promover las medicinas ancestrales (Art. 360) y de prestar servicios de salud seguros, de calidad y calidez y mediante entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales, y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación (Art. 362).

En conformidad con el marco legal, el Ministerio de Salud Pública (MSP) es el ente rector de la salud en el país, por tanto, es el responsable de la coordinación, regulación, seguimiento y evaluación de los servicios de salud tanto de los entes públicos como privados.

En este marco de derechos colectivos y garantías constitucionales es posible pensar en la construcción de un Estado intercultural que posibilite el diálogo e intercambios de conocimientos entre los diferentes sistemas de salud generando interrelación y actuación que permitan el mutuo enriquecimiento y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, considerando las múltiples manifestaciones culturales existentes en el país, señalando la riqueza cultural, creativa, estética, tanto individual como colectiva, que caracteriza al Ecuador (Plan Nacional de Desarrollo, 2017-2021).

Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021

El Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 «Toda una Vida» como instrumento de política pública recoge los mandatos constitucionales para la garantía de derechos en condiciones de igualdad de oportunidades, equidad y justicia social, en el marco de un Estado Plurinacional e Intercultural. Constituye un guía que establece las políticas y lineamientos a considerar en la planificación y gestión de las instituciones en cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Constitución.

En lo referente a la salud ancestral como parte del sistema nacional de salud integral, propende al establecimiento de acciones que promuevan la solidaridad y el respeto a la diversidad, así el objetivo 1 busca «Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas» en donde la salud se constituye en un componente primordial para una vida digna, su aproximación debe hacerla desde un enfoque de equidad territorial y pertinencia cultural, desde la prevención, protección, promoción y atención de calidad y oportuna. Establece como política (1.6) la «garantía del derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural» (PND,2017-2021: 58).

El objetivo 2 establece que, las políticas que propendan a «Afirmar la interculturalidad y plurinacionalidad, revalorizando las identidades diversas», para lo cual establece la política 2.3 «Promover el rescate, reconocimiento y protección del patrimonio cultural tangible e intangible, saberes ancestrales, cosmovisiones y dinámicas culturales» y, la política 2.7 que busca «Promover la valoración e inclusión de los conocimientos ancestrales en relación a la gestión del sistema educativo, servicios de salud, manejo del entorno ambiental, la gestión del hábitat y los sistemas de producción y consumo». Teniendo por meta al 2021 «Mejorar los servicios públicos de salud con enfoque intercultural: incrementar el porcentaje de establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud con Certificación...» (PND,2017-2021:63).

Ley Orgánica de Salud (2006)

Según la presente ley es responsabilidad del MSP establecer políticas públicas con enfoque intercultural que promuevan y potencien la práctica de la medicina ancestral, así como promover la investigación, para su buena práctica (Art.6, numeral 26). Establece que la red de salud debe incorporará este enfoque en todo su accionar e incluso en los procesos de enseñanza y aprendizaje (Art. 189).

Esta Ley enuncia dos premisas, la primera hace referencia a la urgencia de hacer vinculante mediante una ley el proceso de promoción de las medicinas tradicionales y, la segunda, la necesidad de reglamentarlo y establecer mecanismos e instancias de control (Agudelo,2014).

Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud (2013)

La Atención Primaria de Salud, es la base de la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública Integral de Salud, en concordancia con la normativa vigente en el país. En este sentido, se viene implementado estrategias que permitan el acceso continuo y equitativo a los servicios integrales de salud, dando respuesta a las necesidades y demandas de la población, que devienen de la diversidad étnica, cultural, de género y territorial.

El Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección Nacional de Salud Intercultural y Derechos, mediante la incorporación del enfoque intercultural en el modelo de atención y gestión y del reconocimiento de los recursos de la medicina tradicional pretende acercar los servicios de atención de salud a la población, a través de la red de agentes de salud de la medicina indígena y tradicional que históricamente han desempeñado un papel protagónico en la atención y cuidado de la salud de las personas reduciendo de esta forma las barreras de acceso sociocultural.

En este contexto, en cumplimiento con el artículo 358 de la norma suprema, el MSP en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, plantea como una política para promover la interculturalidad de manera transversal en todos los sectores el Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e

Intercultural (MAIS) que establece los lineamientos operativos para regular el proceso de atenciones, su objetivo es:

Integrar y consolidar la estrategia de Atención APS-R en los cuatro niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; y, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales (MAIS, 2013:9).

El Modelo de Atención Integral de salud (MAIS) posibilita de manera implícita la coordinación entre los sistemas de salud occidental y de los pueblos diversos ancestrales a fin de garantizar la atención de salud desde su cosmovisión en respeto a sus derechos humanos. Esta situación involucra el reconocimiento de la diversidad cultural que elimine las barreras y jerarquías sociales para acceder servicio integral que valore, respete su propio sistema, garantizando el acceso acorde a su elección garantizando el principio de igualdad.

El enfoque de interculturalidad en salud resalta la presencia y participación de agentes tradicionales de salud dentro del Sistema para el fortalecimiento de sus propios recursos, así como la urgencia de la generación de relaciones respetuosas y de reconocimiento de saberes y prácticas ancestrales, en procura de una atención integral (Ministerio de Salud Pública, 2013: 46).

Ecuador, país suscriptor de varios acuerdos y convenios internacionales, ha ajustado su normativa promoviendo y respetando la identidad cultural, el sentido de pertenencia, y tradiciones, propias de las prácticas de medicina ancestral y sus agentes, al reconocerlos como parte del Sistema Nacional de Salud. En ese sentido, el mandato constitucional establece que la Red Pública Integral de salud será responsable de la promoción, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, complementado los conocimientos y saberes ancestrales con los de la medicina convencional.



De los diálogos y entrevistas mantenidas, durante la investigación, se deduce que son las parteras únicamente quienes han sido incluidas al sistema de salud y prestan sus servicios cuando las pacientes las requieren.

Tanto la normativa internacional como la nacional promueven y garantizan las prácticas de medicina ancestral incorporando principios de interculturalidad, complementariedad y cuidado de la naturaleza.

Capítulo III: Marco Metodológico

3. Camino para la identificación de la situación de los Agentes de Medicina Ancestral

En este capítulo se describe los aspectos metodológicos implementados durante el proceso de investigación. Se expone brevemente los supuestos teóricos que fundamenta la metodología y el diseño metodológico implementados en las diferentes fases de la investigación.

3.1 Fundamentos generales de la metodología

Considerando que toda metodología de investigación tiene por esencia constituirse en vías que aporten a dar respuesta a las preguntas de investigación y a proporcionar mayor respuesta explicativa a la misma, se define en función de alcanzar los objetivos planteados en esta investigación, aplicar una metodología mixta (cualitativa y cuantitativa) a fin de combinar técnicas, métodos, enfoques, conceptos o lenguaje cuantitativo o cualitativo en este estudio, por considerarse una metodología altamente favorable para comprender conceptos y problemas de investigación (Johnson y Onwuegbuzie, 2004: 17).

La metodología mixta en esta investigación es complementaria, es decir, la información cualitativa complementa a la cuantitativa y viceversa, facilitando al conocimiento más integral, completo y holístico del fenómeno estudiado. Esta metodología conlleva nuevas y desafiantes maneras de construir el conocimiento desde la complejidad, a través de un proceso metodológico sinérgico de aprendizajes importantes.

3.1.1 Alcance de la investigación

Para definir el alcance de la presente investigación se consideró la clasificación establecida por Hernández, Fernández y Baptista (2014) que define cuatro tipos de alcance en las investigaciones: exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos.

Para esta investigación, se toma tres tipos de alcances, ya que, al inicio la investigación es de tipo exploratorio, busca identificar a las personas que practican la medicina ancestral en el cantón Cuenca, luego es descriptiva ya que en base en la información obtenida pretende determinar rasgos, atributos, y hechos que caracterizan la realidad de la población en estudio, a partir de esto prepara las condiciones para la explicación, entendida como el establecimiento de relaciones entre los diferentes aspectos que intervienen en la generación del fenómeno en estudio (Hernández, Fernández y Baptista , 2014: 91-98)

Así, para la estructura metodológica de esta investigación, se toma como referencia a Carlos Monge (2011), quien propone que, para alcanzar los objetivos de la investigación en primer lugar, «se parte de teorías previas», en este caso todo la información desarrollada en capítulos anteriores, para construir las hipótesis y a partir de ahí, construir la matriz de operativización (Ver Anexo 1), que permita elaborar los instrumentos o herramientas efectivas para la recolección de datos, todos estos pasos fundamentales para el acercamiento a la realidad. Para luego, no menos importante, avanzar con el procesamiento de información a través de la aplicación de técnicas estadísticas (descriptivas e inferenciales) que permitan obtener los resultados.

A continuación, se muestra un cuadro que informa sobre la estructura del proceso metodológico para esta investigación.

Cuadro 7: Estructura del proceso metodológico mixto

Fuente: Monje, C. (2011)

Elaborado por: Ana Lucía Mendoza. Maestría de Investigación en Desarrollo Local. Mención Economía Social y Solidaria, de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad de Cuenca.

3.2 Diseño metodológico de la investigación

Se entiende por diseño metodológico la estrategia concebida para responder a las preguntas de investigación, detalla paso a paso el camino a emprender para llegar a dar respuesta a los objetivos de estudio. Para esta investigación comprende dos fases:

3.2.1 Primera fase: Investigación cuantitativa

La pretensión explicativa es una de las características de los estudios cuantitativos a partir de lo cual se deriva la predicción, manipulación técnica y el control sobre los hechos. Las variables de análisis se conciben como aspectos susceptibles de medición y tratamiento estadísticos. Además, se caracteriza por que tiene mayor preocupación por los procedimientos analíticos y se focalizan en fundamentar, justificar, respaldar y probar hipótesis específicas a partir del marco teórico y la realidad concreta.

A fin de alcanzar los objetivos planteados en esta investigación se aplicó, en una primera fase, una metodología cuantitativa a través de la construcción y aplicación de

un cuestionario cuyos datos fueron organizados y procesados de tal manera que aportaron al análisis del estado de situación de los médicos ancestrales en el cantón. Para el análisis de la información se empleó, estadística descriptiva y estadística inferencial.

3.2.1.1 Unidad de análisis

La unidad de análisis de la investigación son las personas que practican la medicina ancestral en el cantón Cuenca registrados en el Ministerio de Salud Pública, durante el periodo comprendido entre enero del 2016 a agosto del 2018.

3.2.1.2 Población de estudio

Para la identificación de la población de estudio se solicitó a la Coordinación de Salud, Zonal 6 (Departamento de Interculturalidad), entidad encargada de fortalecer e integrar en el sistema de salud público las prácticas de medicina ancestral, la información que permitió identificar a 105 Agentes de medicina ancestral registrados en dicha entidad, provenientes de diferentes parroquias, urbanas y rurales del cantón, observándose que el mayor porcentaje de agentes de medicina ancestral provienen de tres parroquias rurales del cantón Cuenca (Baños, Valle y Sinincay).

Por tratarse de una población pequeña se define como población de estudio a la totalidad de médicos ancestrales registrados.

Tabla 1: Distribución de Agentes de medicina ancestral. Cantón Cuenca

Parroquia	Frecuencia	Porcentaje
Baños	18	17%
Bellavista	2	2%
Checa	2	2%
Chiquintad	1	1%
Cumbe	1	1%
El Batán	2	2%
El Valle	21	20%
Gil Ramírez Dávalos	3	3%
Huayna Capac	6	6%
Llacao	2	2%

Molleturo	4	4%
Nulti	2	2%
Octavio cordero Palacios	2	2%
Quingeo	1	1%
Quinta Chica	2	2%
Ricaurte	5	5%
Santa Ana	5	5%
Sayausi	2	2%
Sidcay	1	1%
Sinincay	15	14%
Tarqui	1	1%
Totoracocha	4	4%
Turi	2	2%
Victoria del Portete	1	1%
Total	105	100%

Fuente: Ministerio de Salud. Zonal 6

Elaborado por: Ana Lucía Mendoza. Maestría de Investigación en Desarrollo Local. Mención Economía Social y Solidaria, de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad de Cuenca.

3.2.1.3 Instrumento de recolección de datos

Considerando el tipo de datos que se pretendió obtener para dar respuesta a las preguntas planteadas el estudio respecto a la situación de las personas agentes de medicina en el cantón Cuenca y en concordancia con Hernández, Fernández y Baptista (2014) que define el instrumento de recolección de datos como «...aquel que registra datos observables que representan verdaderamente a los conceptos o variables» (Hernández, Fernández y Baptista, 2014:242), en esta fase se construyó y se aplicó un cuestionario cuyos datos fueron organizados y procesados de tal manera que aportaron al análisis del estado de situación de los médicos ancestrales en el cantón, a través de la medición de variables cuyas descripciones que se asumen como correspondientes.

El cuestionario fue elaborado teniendo en cuenta los objetivos de la investigación y la realidad en la que se desenvuelven los médicos ancestrales, involucró la revisión teórica respecto a las prácticas ancestrales realizadas en los últimos años, de esta tarea surgió una boleta que luego de múltiples revisiones dio lugar al cuestionario, tratando al máximo, de aproximar éste a la realidad de las personas Agentes de medicina ancestral utilizando un lenguaje claro y cercano para evitar errores de interpretación.

El cuestionario denominado «Multifactorial Reproducción de Prácticas Médicas Ancestrales (PRAM)» fue estructurado de la siguiente manera:

Dos secciones con variables descriptivas de identificación (variables personales de 7 ítems y variables familiares con 3 ítems), compuestos por un total de 10 ítems, con formato estructurado y, dos secciones estructuradas con variables socioeconómicas (10 ítems) y sociolaborales (12 ítems) compuestas por un total de 22 preguntas, estructuradas, con respuestas cerradas y múltiples.

Una sección con variables descriptivas de identificación de insumos que utilizan para la práctica de la medicina ancestral contiene tres ítems con dos posibilidades de respuesta. Otra sección con variables descriptivas de identificación de tipos de enfermedades que atiende compuesta por tres ítems y 14 preguntas, en escala Likert.

Una sección de contenidos, con 21 ítems de escala valorativa que permite recoger información respecto al tema de investigación: prácticas médicas ancestrales, que resultó del análisis del marco teórico determinando la clasificación de las prácticas en: diagnóstico, tratamiento y atención de la vida reproductiva de la mujer mismas que contemplan subdimensiones: limpias, baños, sobadas, rituales, ceremonias. Cada ítem es sometido a una escala Likert, se optó por incluir cinco niveles de respuestas nunca (1), rara vez (2), algunas veces (3), regularmente (4), y siempre (5).

Dos secciones de contenidos, compuestas por 13 ítems tipo Likert que permitió r información respecto a la relación de las prácticas de medicina ancestral y la economía popular y solidaria (6 principios compartido) y 7 ítems respecto a la normativa legal de los temas indicados. (Ver Anexo 2)

Una vez especificada la estructura es importante comentar las distintas dimensiones y subdimensiones que componen la sección práctica médicas ancestrales.

Cuadro 8: Dimensiones y subdimensiones de las prácticas médicas ancestrales

Eje	Dimensión	Subdimensión	Nº de preguntas
1.Datos generales	Identificación		7
	Sexo		
	Identidad étnica		
	Estado civil		
	Lugar de procedencia		
	Lugar de domicilio		
2. Composición familiar	Jefatura de hogar		3
	Integrantes de la familia		
	Personas dependientes		
3.Situación socioeconómica	Instrucción educativa		10
	Características de la vivienda		
	Condiciones del hogar		
	Servicios básicos		
4.Situación sociolaboral	Oficio		11
	Especialidad		
	Ingresos		
	Relación Laboral		
	Ingresos		
	Egresos		
	Seguridad social		
	Horas de trabajo		
5.Medicina Ancestral	Años de la actividad		21
	Enfermedades		
	Prácticas de medicina ancestral	Diagnóstico Tratamientos Asistencia a la vida reproductiva de la Mujer	
6.Medicina ancestral y economía popular y solidaria	Insumos		24
	Principios compartidos		13
	Normativa legal		

Fuente: Marco teórico de la investigación

Realizado por: Autora

Considerando estas dimensiones y subdimensiones se elabora una variable de constructo denominada «Prácticas Médicas Ancestrales» a través de la aplicación de análisis factoriales.

3.2.1.4 Elaboración de la Variable de constructo «Prácticas Médicas Ancestrales»

Para la elaboración de la variable de constructo «prácticas médicas ancestrales» el cuestionario fue sometido a dos pruebas:

Primero, a la prueba de análisis factorial que permite identificar componentes que conforman el constructo. Para De la Fuente (2011), es una técnica que permite la reducción de datos hasta encontrar grupos homogéneos de variables capaces de explicar el máximo el tema estudiado, en otras palabras, el análisis factorial, a través del método de extracción de los factores por componentes principales reduce la dimensionalidad de un sistema de variables garantizando la no correlacionados entre ellos. Para su aplicación, el sistema de preguntas, a escala ordinal, es expuesto a análisis factoriales descriptivos, estableciendo datos relevantes (varianza explicada, autovalores) de las variables analizadas, y a través de la prueba de Kaiser Meyer Olkin (KMO) se identifica los coeficientes de correlación. Mismos, que deben ser ≥ 0.9 para ser considerado como alta relación, ≥ 0.8 , para una buena correlación, valores ≥ 0.7 para una correlación mediana y, valores entre ≥ 0.6 y < 0.5 , considerados bajo y muy bajo, respectivamente, estos últimos expresan que entre las variables la correlación no es suficientemente significativa, lo que significa que no tiene sentido un análisis de las relaciones entre las mismas (Universidad de Alicante, 2010).

En esta línea, otra prueba que evalúa la aplicabilidad del análisis factorial de las variables estudiadas y determina si el modelo es significativo es la prueba de Esfericidad de Bartlett, analizando la relación de los coeficientes de correlación y evaluando la aplicabilidad del análisis factorial de las variables estudiada (Universidad de Alicante, 2018).

Así también la prueba de análisis factorial admite escoger la solución factorial sin rotar y extraer facilitando la elección de un número específico de factores. Por otro, lado esta prueba admite la factorial de rotación, a través del método de Varimax para minimizar el número de variables que están muy correlacionadas (Fuentes, 2011: 13).

Finalmente, la factorial puntuaciones y formato de visualización, especifica las opciones posibles en el cálculo de resultados y en el almacenamiento de las puntuaciones factoriales a través del método de regresión y el control de aspectos de las matrices, respectivamente (Fuentes, 2011: 14)

La segunda prueba, al que es expuesto el sistema de preguntas, es la prueba de índice de consistencia interna de Alpha de Cronbach, que permite determinar la las correlaciones internas de los ítems, se considera que el coeficiente de Alfa es fuerte cuando la correlación los ítems de cada escala son mayores de 0,70.

De la aplicación de la técnica análisis factorial, por resultados para un componente son: la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) tomó un valor de 0,745, valor que, de acuerdo a los criterios establecidos por la Universidad de Alicante (2010) corresponde a una correlación mediana, expresando que, la correlación entre las variables es suficientemente significativa. En la Prueba de esfericidad de Bartlett³ se obtiene un Chi-cuadrado=2126,947 gl= 171 y Sig.= 0,000 < 0,05, confirmando la factibilidad de realizar el análisis factorial del constructo. La varianza total explicada es 69,19% ($v=0,6919$) mostrando el nivel de explicación del constructo, que agrupa 19 ítems en tres dimensiones: diagnóstico (2), tratamiento (7), Vida Reproductiva (10). (Véase Tabla 2)

Tabla 2: Sistema de preguntas «Constructo Prácticas Médicas Ancestrales»

Nº	Ítems	Componente		
		Vida Reproductiva	Tratamiento	Diagnóstico
1	ASISTENCIA VIDA REPRODUCTIVA: POSPARTO: BAÑOS: Realiza baños purificantes luego del parto	0,907	-0,097	0,056
2	ASISTENCIA VIDA REPRODUCTIVA: PARTO: MASAJES: Usted asiste el parto mediante masaje o sobadas	0,88	-0,031	0,215

³ Prueba de esfericidad de Bartlett: evalúa la aplicabilidad del análisis factorial de las variables estudiadas.

Prueba de esfericidad de Bartlett: Si Sig. (p-valor) < 0.05 aceptamos H0 (hipótesis nula) > se puede aplicar el análisis factorial. Si Sig. (p-valor) > 0.05 rechazamos H0 > no se puede aplicar el análisis factorial (Universidad de Alicante)

3	ASISTENCIA VIDA REPRODUCTIVA: EMBARAZO: MASAJES: Usted durante el embarazo realiza masajes para acomodar la posición del bebé	0,877	-0,076	0,219
4	ASISTENCIA VIDA REPRODUCTIVA: PARTO: Usted incentiva el acompañamiento de familiares cercanos durante el parto	0,858	-0,09	0,13
5	ASISTENCIA VIDA REPRODUCTIVA: EMBARAZO: Guía y ofrece tratamientos nutricionales durante el embarazo	0,833	-0,07	0,3
6	ASISTENCIA VIDA REPRODUCTIVA: POSPARTO LIMPIAS: Realiza limpiezas energéticas luego del parto	0,815	-0,009	-0,395
7	ASISTENCIA VIDA REPRODUCTIVA: INFERTILIDAD: LIMPIAS: Usted realiza limpiezas o baños energéticos como método para la infertilidad	0,794	-0,038	-0,379
8	ASISTENCIA VIDA REPRODUCTIVA: INFERTILIDAD: BAÑOS: Usted realiza baños purificantes como método para la infertilidad	0,688	-0,097	-0,405
9	ASISTENCIA VIDA REPRODUCTIVA: POSPARTO: MASAJES: luego del parto usted realiza masajes para fortalecer el cuerpo de la mujer	0,686	0,039	-0,311
10	ASISTENCIA VIDA REPRODUCTIVA: POSPARTO: MASAJES: usted realiza prácticas de encaderamiento luego del parto	0,588	-0,038	-0,325
11	TRATAMIENTO: BAÑOS: Baños energéticos	0,042	0,96	-0,03
12	TRATAMIENTO: LIMPIAS: De armonización del aura y curar para curar mal de ojo, espanto, mal aire	0,029	0,938	-0,034
13	TRATAMIENTO: RITUALES: Reestructurar el equilibrio entre el cuerpo, espíritu y el alma	-0,019	0,893	-0,017
14	TRATAMIENTO: MASAJES/SOBADAS: Masajes antiestrés	-0,041	0,791	0,243

15	TRATAMIENTO: BAÑOS: Baños de florecimiento para la suerte	-0,076	0,708	-0,056
16	TRATAMIENTO: MASAJES/SOBADAS: Masajes o sobadas de rehabilitación	-0,021	0,539	0,347
17	TRATAMIENTO: RITUALES: Renovación de las energías entre lo individual, colectivo y la naturaleza	-0,134	0,347	-0,003
18	DIAGNOSTICO: LIMPIAS: Usted prácticas limpias para diagnosticar la enfermedad del cuerpo, psicológica, espíritu	-0,018	0,052	0,875
19	DIAGNOSTICO: MASAJES: Usted practica masajes para diagnosticar la enfermedad del cuerpo, psicológica, espíritu	0	0,058	0,856

Fuente: Base de datos en SPSS versión 20 del Cuestionario PRAM.

Elaboración: Autor

Además, se realiza análisis factoriales por resultados para cada dimensión del componente obteniendo los siguientes resultados, para la dimensión «Diagnóstico» la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) tomó un valor de 0,50. En la Prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene un Chi-cuadrado=144,819 gl= 1 y Sig.= 0,000 < 0,05. La varianza total explicada es 93,49% ($v=0,9349$) mostrando el nivel de explicación de la dimensión que agrupa 2 ítems. Para la dimensión «Tratamiento» la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) tomó un valor de 0,80. En la Prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene un Chi-cuadrado=661,539, gl= 21 y Sig.= 0,000 < 0,05. La varianza total explicada es 59,40% ($v=0,5940$) mostrando el nivel de explicación de la dimensión que agrupa 7 ítems. Y finalmente para la dimensión Asistencia vida reproductiva, la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) tomó un valor de 0,82. En la Prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene un Chi-cuadrado=1221,347; gl= 45 y Sig.= 0,000 < 0,05. La varianza total explicada es 64,58% ($v=0,6458$) mostrando el nivel de explicación de la dimensión que agrupa 10 ítems.

Para determinar la fiabilidad de la escala o la consistencia interna entre los ítems se estimó el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0,833 con 19 elementos, dato considerado excelentes. Por tanto, la prueba confirma que los ítems están positivamente correlacionados. (Ver Tabla 4)

Tabla 3: Estadísticas de fiabilidad

Constructo	Alfa de Cronbach	Nº elementos
Reproducción de prácticas médicas ancestrales	0,833	19

Fuente: Base de datos en SPSS versión 20 del Cuestionario PRAM.

Elaboración: Autora

Para comprobar la fiabilidad y validez del constructo fue necesario calcular el Índice de Fiabilidad Compuesta aplicando la fórmula que se muestra a continuación:

$$IFC = \frac{[SUM(aij)]^2}{[SUM(aij)]^2 + SUM Var(E_{ij})}$$

Además, se sugiere el cálculo de Varianza Extraída del constructo, que muestra la relación entre las varianzas, aplicando la siguiente fórmula:

$$IVE = \frac{SUM a_{ij}^2}{SUM a_{ij}^2 + SUM Var(E_{ij})}$$

Para la operativización de las fórmulas, y determinar los Índices de fiabilidad Compuesta (IFC) se utilizando el programa Microsoft Office 2010 (Ver Anexo 3), obteniendo valores de 0,86 para el factor diagnóstico, 0,90 para el tratamiento y 0,95 para el cuidado de la vida, todos estos superiores a 0,50 como criterio válido según el Grupo de Investigación Psicosocial, 2016. Asimismo, para calcular los Índices de Varianza media extraída (IVE), obteniendo 0,75 para el componente Diagnóstico; 0,59 para el componente Tratamiento y; 0,64 para el componente Cuidado de la vida, valores superiores a 0,50.

Los valores obtenidos validan a la fiabilidad y validez obteniendo los siguientes datos: los Índices de fiabilidad Compuesta (IFC) son 0,86 para el factor diagnóstico, 0,90 para el tratamiento y 0,95 para el cuidado de la vida, todos estos superiores a 0,70; considerado como excelente según y, Índices de Varianza media extraída (IVE) superior a 0,50 considera válido para comprobar la fiabilidad y validez de los constructos. (Ver Tabla 5)

Tabla 4: Fiabilidad y validez de los constructos

Constructo	Componente	Nº de ítems	Índice de fiabilidad Compuesta (IFC)	Índice de Varianza media extraída (IVE)
Reproducción de prácticas médicas ancestrales	Diagnóstico	2	0,86	0,75
	Tratamiento	7	0,90	0,59
	Cuidado de la vida reproductiva	10	0,95	0,64

Fuente: Base de datos en SPSS versión 20 del Cuestionario PRAM.

Elaboración: Autor

3.2.1.5 Prueba piloto

Con la finalidad verificar la pertinencia del cuestionario se procedió a la aplicación de una prueba piloto con 20 Agentes de medicina ancestral a quienes se les pidió que respondan el cuestionario y luego indiquen las dificultades presentadas, efectivamente, se expresó la necesidad de la utilización de un lenguaje más adecuado a sus prácticas. Sugerencias que fueron tomadas e incorporadas en la elaboración del cuestionario final que quedó estructurado de la siguiente manera: Datos generales con 10 preguntas, Datos Socio económicos con 10 preguntas, Datos sociolaborales con 12 preguntas, Medicina ancestral: insumos con 24 preguntas, Medicina ancestral: enfermedades con 14 preguntas, Medicina ancestral: prácticas con 21 preguntas y, Medicina ancestral y Economía Popular y solidaria con 13 preguntas. (Ver tabla 6)

Tabla 5: Dimensiones del Cuestionario

Ejes	Ítems	Nº de preguntas
Datos generales	2	10
Datos Socio económicos	10	10
Datos sociolaborales	12	12
Medicina ancestral: insumos	3	24
Medicina ancestral: enfermedades	3	14
Medicina ancestral: prácticas	3	21
Medicina ancestral y Economía Popular y solidaria	2	13

Fuente: Cuestionario PRAM

Elaborado por: Autora

De estos ejes, datos generales, socio-económicos, socio-laborales, aportan información para caracterizar la situación de los Agentes de medicina ancestral. En tanto que, el eje investigativo Medicina ancestral: prácticas permitirá la elaboración del constructo para medir la influencia y capacidad explicativa de las variables económicas y sociolaborales en la reproducción de las prácticas ancestrales.

3.2.1.6 Aplicación del cuestionario

La aplicación del cuestionario se la realizó a los 105 agentes de medicina ancestral registrado en el Ministerio de Salud Pública que pertenecen al cantón Cuenca, que representan el 100% de la población del estudio, permitiendo obtener una máxima representatividad y una fiabilidad de los datos obtenidos de dicha investigación.

La estrategia utilizada para la aplicación del cuestionario fue dictar un taller denominado «Mis derechos y mis obligaciones» desarrollado en lugares de reuniones de los médicos ancestrales involucrados con el Ministerio de Salud Pública, estos son, distrito Sur, Centro de Salud N° 4 Carlos Elizalde y en el norte, en el centro de Salud N° 1 Pumapungo.

Ilustración 5: Aplicación de Cuestionario PRAM.2018



Fotografía: Aplicación del Cuestionario PRAM. Instalaciones del Centro de Salud N°1 Pumapungo y Centro de Salud N°4 Carlos Elizalde

3.2.1.7 Organización de la información: base de datos

La información obtenida fue organizada en una base de datos utilizando el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), a fin de facilitar posteriormente su análisis de tal forma que aquellas variables recogidas con carácter cualitativo sean transformadas en variables discretas tras asignarles un valor numérico de referencia y respondan a las pruebas estadísticas definidas.

3.2.1.8 Técnica de análisis de la información

Para el análisis de la información de datos cuantitativos se utilizó estadística descriptiva e inferencial, ya que según Hernández, Fernández y Baptista (2014) describe tendencias y relaciones entre variables, es decir, busca describir variables y explicar sus movimientos.

Desde este marco referencial, para dar respuesta a los objetivos planteados, en primer lugar, se analiza la información mediante técnica de estadística descriptiva, presentando los resultados mediante tablas de frecuencias, gráficos, medias y variabilidad de las diversas variables que permiten caracterizar la situación sociodemográfica, sociolaboral de Agentes de medicina ancestral.

En segundo lugar, para establecer si existen diferencias significativas en el ingreso económico Agentes de medicina ancestral de acuerdo a su especialidad, se utiliza las técnicas ANOVA para comparar los ingresos con la especialidad y demostrar en diferencias significativas su relación.

Finalmente, para determinar la capacidad explicativa de las variables socioeconómica y sociolaboral en las prácticas de medicinal ancestrales y sus determinantes previos la aplica de la prueba de regresión lineal múltiple, se utilizó el análisis factorial del constructo, luego de lo cual se recodifica la variable dependiente y se realiza un análisis bivariados de la variable constructo, las variables socioeconómicas y sociolaborales.

3.2.1.9 Interpretación de los resultados

Los resultados fueron interpretados en función de los objetivos y la hipótesis planteada a fin de evidenciar el aporte de los agentes médicos al cuidado de la vida y fortalecimiento de la EPS, buscando identificar factores inciden en las prácticas ancestrales que se constituyen barreras que limitan su reproducción según se plantea en el marco teórico analizado para este estudio. En este momento se estableció comparaciones de los resultados con otros estudios previos en iguales condiciones.

3.2.2 Segunda fase: Investigación cualitativa

Rodríguez y otros (1996) expresa que la investigación cualitativa, en sus diversas modalidades, «tienen como característica común referirse a sucesos complejos que tratan de ser descritos en su totalidad, en su medio natural, tal como sucede, intentando sacar sentido de los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas» (Rodríguez y otros, 1996:72). Estos autores especifican que la investigación cualitativa no es tarea que se asocie a un momento dado en el desarrollo del estudio. Más bien, resulta el fruto de todo el trabajo de investigación que permite tener una comprensión global del problema investigado (Rodríguez y otros, 1996:101)

Desde este marco teórico, la perspectiva metodológica efectuada en esta fase es cualitativa, que dé cuenta del porqué de los principales resultados obtenidos del análisis de datos del cuestionario aplicado (Hernández, Fernández y Baptista, 2003:119), desde el sentir de las propias personas protagonistas de esta investigación. Es decir, a través de esta investigación se logró una descripción verbal de la situación estudiada.

3.2.2.1 Población de estudio

La investigación centró su atención en conformar dos grupos heterogéneos de 10 agentes de medicina ancestral cada uno, considerando criterios como tipo de especialidad, sexo, procedencia. Definiendo según se observa en el cuadro adjunto. (Ver Tabla 6)

Tabla 6: Selección de Agentes de medicina ancestral, según sexo, procedencia y especialidad para el levantamiento de la información cualitativa

Parroquia	Especialidad médica ancestral							
	Shamán		Sobador/a		Curandero/a		Partero/a	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Baños	1	1		1	1	1	1	
El Valle			1		1	1	1	
Sinincay			1		1	1	1	
Huayna-Capac				1	1		1	
El Batán					1			
Totoracocha					1	1		

3.2.2.2 Técnicas de recolección de información

La técnica de investigación utilizada es la entrevista grupal de discusión. Esta técnica se la realizada con un pequeño grupo de personas para discutir sobre un tema específico, en este caso para indagar sobre los resultados obtenidos en la investigación cuantitativa. La conversación producida en la entrevista proporcionó información que permitió captar distintos elementos que componen su mundo significativo, su historia social, la visión de sí mismo y su perspectiva del mundo. Desde este sentido la entrevista grupal permitió validar la información obtenida previamente en el análisis cuantitativo y relacionarlo en base a sus vivencias y experiencia, permitiendo conocer su realidad.

Ilustración 6: Participantes de la entrevista grupal.2018



Fotografía: Entrevista grupal. Instalaciones del Centro de Salud N°1 Pumapungo.

3.2.2.3 Análisis de la información

Debido a que el objetivo principal de la investigación es conocer la situación actual de los médicos ancestrales, en esta fase de estudio, fue necesario comprender el porqué de esta realidad, para ello, se utilizó la técnica de análisis de contenidos a partir de la información obtenida durante las entrevistas grupales, ya que esta técnica permite relacionar el qué y el porqué de la situación de los Agentes de medicina ancestral.

Durante su aplicación se establecieron categorizaciones en función de los datos obtenidos en los resultados cuantitativos y el marco teórico referencial.

3.2.2.4 Fiabilidad de la información

Según Denzin y Lincoln (1994) citado en Canedo (2009) la fiabilidad de la investigación desde una perspectiva metodológica cualitativa se establece mediante la credibilidad, transferibilidad, dependencia y la confirmabilidad (Canedo, 2009:136). Este último es aplicado en este estudio pues consiste en confirmar la información, la interpretación de significados y la generación de conclusiones, utilizado como estrategia la devolución de resultados, a través de un taller creativo.

Capítulo IV: Análisis y resultados

4. Realidad en la que se desenvuelven «Agentes de Medicina Ancestral» en Cuenca

Este capítulo presenta los resultados obtenidos mediante los análisis estadísticos descriptivos y los resultados de las pruebas estadísticas inferenciales, toma en consideración la información proporcionada por las 105 personas que practican la medicina ancestral en el cantón Cuenca registradas en el MSP, que corresponde a la totalidad de la población de estudio.

Específicamente, en la primera parte se detalla la estrategia utilizada para identificar a los Agentes de medicina ancestral presentes en el cantón Cuenca y que están registrados en el MSP. En la segunda parte, se presenta los resultados que permiten caracterizar a la población desde los ámbitos socioeconómicos y socio laborales. En la tercera y cuarta sección se presentan los resultados de la técnica ANOVA de una vía que proporciona los resultados planteados.

4.1 Identificar a los Agentes de medicina ancestral presentes en el cantón Cuenca

La Constitución 2008 reconoce los sistemas tradicionales de salud, sus prácticas y medicinas, estableciendo como responsabilidad del Estado, a través del Ministerio de Salud Pública (MSP), promover y fortalecer estos sistemas de salud. En cumplimiento, el MSP, específicamente en el cantón Cuenca cuenta con el Departamento de Interculturalidad, mediante el cual viene trabajando en el tema desde algunos años atrás.

En este contexto, se hace contacto con la persona coordinadora del departamento quien proporciona un listado actualizado, al mes de agosto de 2018, en el cual constan 105 médicos ancestrales activos, que están divididos por distritos, informando que cada mes se reúnen para capacitarse y organizarse, en el distrito Sur, en las instalaciones del Centro de Salud N° 4 Carlos Elizalde y en el norte, en el centro de Salud N°1 Pumapungo.

Para confirmar los datos proporcionados se oferta dictar un taller de capacitación en derechos humanos denominado «Mis derechos, mis responsabilidades», en cada distrito, a fin de sensibilizar a la población en estudio sobre la importancia de la investigación propuestas y solicitarles el apoyo, informándoles que es responsabilidad de todas las personas aportar a su visibilización, definiendo la fecha 10 y 15 de octubre del 2018 para la aplicación de la instrumento de recopilación de información en los dos distritos y, se estableciendo los días 1 y 5 de noviembre del 2018 para realizar las entrevistas grupales.

Ilustración 7: Participantes taller «Mis derechos y mis obligaciones»



Fotografía: Taller de capacitación «Mis derechos, mis responsabilidades». Instalaciones del Centro de Salud de Salud N° 4 Carlos Elízalde

En estos talleres se logró identificar el estado activo de los Agentes de medicina ancestral, se identificó la parroquia de procedencia y la especialidad, observándose que el mayor número de médicos ancestrales, registrados en el MSP, pertenecen a las parroquias rurales de: El Valle (21), Baños (18), Sinincay (15). Además, se observa que, en el cantón, la especialidad u oficio más recurrente es: curandero/a (58), sobador/a (23), partera (20) y, shamán (2). (Ver Tabla 8)

Cuando se indaga respecto al por qué del mayor porcentaje de los Agentes de medicina ancestral registrado en el MSP que pertenecen al Valle, Baños y Sinincay, los resultados de las entrevistas grupales determinan dos razones; la primera, la cercanía de estas parroquias rurales al centro cantonal en donde se encuentran los lugares donde

realizan sus prácticas ancestrales y, en segundo lugar, por ser las parroquias rurales con mayor densidad poblacional después de Ricaurte.

Tabla 7: Agentes de medicina ancestral del cantón Cuenca, según especialización y procedencia.

Parroquias	Especialidad				Total
	Shamán	Sobador/a	Curandero/a	Partero/a	
Baños	2	4	10	2	18
Bellavista	0	0	0	2	2
Checa	1	0	1	0	2
Chiquintad	0	0	0	1	1
Cumbe	0	1	0	0	1
El Batán	0	0	1	1	2
El Valle	0	3	16	2	21
Gil Ramírez Dávalos	0	0	3	0	3
Huayna Capac	0	1	1	4	6
Llacao	0	0	2	0	2
Molleturo	0	3	1	0	4
Nulti	0	0	1	1	2
Octavio cordero Palacios	0	0	1	1	2
Quingeo	0	1	0	0	1
Quinta Chica	0	2	0	0	2
Ricaurte	0	0	5	0	5
Santa Ana	0	2	3	0	5
Sayausi	0	1	0	1	2
Sidcay	0	0	0	1	1
Sinincay	0	5	8	2	15
Tarqui	1	0	0	0	1
Totoracocha	0	0	4	0	4
Turi	0	0	0	2	2
Victoria del Portete	0	0	1	0	1
Total	4	23	58	20	105

Fuente: MSP.2018

Elaboración: Autora

4.2 Caracterización de los Agentes de medicina ancestrales en el cantón Cuenca.

En este análisis se incluyen variables que den cuenta de la situación sociodemográficas, socioeconómicas y sociolaborales, en los que se desenvuelven los Agentes de medicina ancestral.

Características demográficas

Para fines de este estudio se consideró el análisis de la distribución por sexo, observándose, en el Tabla 9, que la mayoría de la población investigada, el 60% son mujeres, en tanto que, los hombres representan el 40%. Datos que a decir de las personas entrevistadas se justifican ya que las mujeres son quienes cuidan y protegen de enfermedades a las otras personas. Una de las participantes de la entrevista grupal expresa:

...mi abuelita me contaba que su madre le encomendó y le enseñó a curar a las personas, diciéndome nuestros ancestros te han heredado el don de curar y proteger... (Entrevista grupal1, 2018)

En cuanto a la distribución de la población según grupo de edad, de la tabla 9 se desprende que el 3,8% son jóvenes entre 18-29 años; un 20, 0% son adultos mayores, más de 65 años de edad y un 80, 0% son adultos, entre 30 y 64 años de edad. Por tanto, las prácticas médicas ancestrales la realizan mayoritariamente personas adultas. Estos datos son de preocupación para las personas que practican la medicina ancestral, porque consideran que el desinterés de la juventud por aprender y practicar estos saberes, situación que podría conllevar a la desaparición del conocimiento tradicional, situación que sin duda generará consecuencias sociales y culturales.

Además, el análisis de la distribución de la población encuestada según etnia muestra que los Agentes de medicina ancestral mayoritariamente se autoidentifican como mestizo (74%) según su cultura y costumbres, en menor porcentaje está la población que se considera indígena (24%) y, tan solo el 1% se reconoce como mulato y afroecuatoriano. A sentir de las personas participantes de la entrevista grupal, los conocimientos ancestrales si bien tienen sus raíces en los pueblos originarios en la actualidad existen diversidad en cuanto a la autoidentidad de las etnias, es por ello que, un porcentaje elevado de personas que las practican se identifican como mestizos.

Del análisis de la distribución según estado civil, la Tabla 9 muestra que la mayoría de los agentes de medicina ancestral son casados (68,6%), el 10,5% son viudos/a, el 6,7% son divorciados, el 5,7% son separados, el 4,8% están en unión libre y, un 3,8% son solteros. Finalmente, en cuanto a la distribución de la población

encuestada, según jefatura de hogar, se observa que el 42% de las personas participantes desempeñan la jefatura de hogar.

Tabla 8: Datos demográfico de Agentes de medicina ancestral. Cuenca, 2018.

Variables	Frecuencias	Porcentaje
Sexo		
Mujer	63	60,0
Hombre	42	40,0
Edad		
Jóvenes (18-29 años)	4	3,8
Adultos (30-64 años)	80	76,2
Adultos mayores (65 y más)	21	20,0
Etnia		
Indígena	25	23,8
Mulato	1	1,0
Afroecuatoriano	1	1,0
Mestizo	78	74,3
Estado Civil		
Casado/a	72	68,6
Separado/a	6	5,7
Divorciado/a	7	6,7
Viudo/a	11	10,5
Unión Libre	5	4,8
Solteros	4	3,8
Jefatura de hogar		
Si	44	41,9
No	61	58,1

Fuente: Base de datos en SPSS versión 20 del Cuestionario PRAM.

Elaboración: Autora

4.3 Análisis de características socio económicas. Agentes de medicina ancestral.

En esta investigación, para el análisis de las características socioeconómicas de los Agentes de medicina ancestral se ha considerado pertinente revisar el nivel educativo, las características de la vivienda, que implica propiedad y materiales usados en piso, techo y paredes y, la disponibilidad de los servicios básicos.

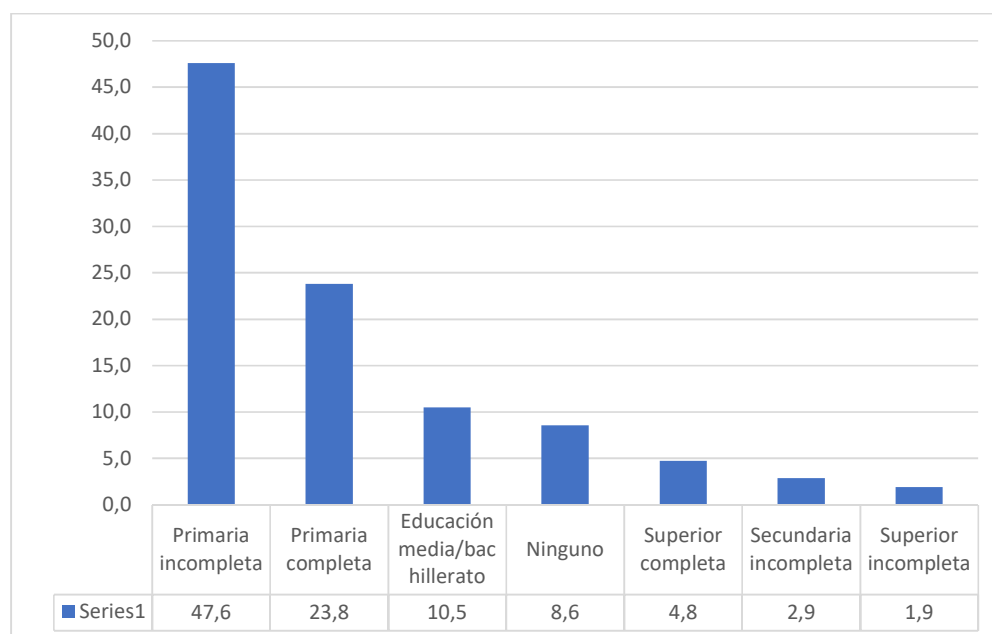
Nivel de educación alcanzado

El Gráfico 2 presenta la distribución de la población en estudio según el nivel de educación alcanzado, desprendiéndose que el porcentaje más alto 47,6% tiene primaria incompleta. Un 23,8% tienen primaria completa, un 10,5% educación media o

bachillerato, un 8,6% no tienen ningún nivel de educación. Con porcentajes menores a 5% se observa educación superior completa e incompleta.

Los Agentes de medicina ancestral consideran que la educación es un factor clave en su desarrollo personal que podría aportar a que mejoren su calidad de vida y a tener acceso a oportunidades de empleo, sin embargo, a percepción de éstos, esta situación no constituye un problema para el ejercicio de las prácticas médicas ancestrales ya que sus saberes son transmitidos por sus padres, madres o sabios de la comunidad. (Entrevista Grupal 2, 2018)

Gráfico 2: Distribución de la población según nivel de educación alcanzado



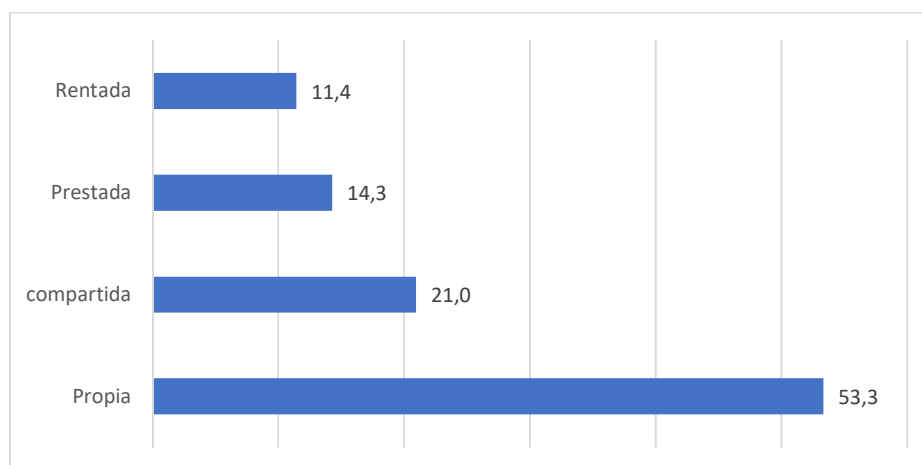
Fuente: Base de datos en SPSS versión 20 del Cuestionario PRAM.

Elaboración: Autora

Características de la Vivienda

Propiedad de la vivienda

En el Gráfico 3 se observa que la vivienda en mayor porcentaje es propia con el 53,3%, seguida de vivienda compartida con el 21%, prestada con el 14,3% y rentada con el 11,4%.

Gráfico 3: Propiedad de la vivienda


Fuente: Base de datos en SPSS versión 20 del Cuestionario PRAM.

Elaboración: Autora

Materiales de la vivienda

La Tabla 10 muestra que entre las principales características de la vivienda el 41,9% de los Agentes de medicina ancestral viven en casas cuyas paredes son de adobe/tapia, el 35,2% de Hormigón/bloque/ladrillo. Los pisos de las viviendas son en mayor porcentaje 35,2% de Duela/ parquet/ piso flotante, seguidos de cerámica/ baldosa/ vinyl 26,7 y, los techos mayoritariamente son de hormigón/ losa/ cemento, seguido de Asbesto 18,1%.

Los datos evidencian que el mayor porcentaje de los agentes de medicina ancestral en casas con paredes de adobe/tapia hecho que a percepción de las personas entrevistas consideran que estos materiales son saludables, aportan al cuidado de su salud energética.

Tabla 9: Material de las paredes, pisos, techo

Variable	Frecuencia	Porcentaje
	Paredes	
Hormigón/bloque/ladrillo	37	35,2
Asbesto/cemento (Fibrolit)	10	9,5
Adobe/tapia	44	41,9
Madera	9	8,6

Bahareque (caña, carrizo)	5	4,8
Pisos		
Duela/ parquet/ piso flotante	37	35,2
Cerámica/ baldosa/ vinyl	28	26,7
Mármol/ marmetón	14	13,3
Cemento/ ladrillo	16	15,2
Tabla/ tablón no tratado	6	5,7
Tierra	4	3,8
Techos		
Hormigón/ losa/ cemento	39	37,1
Asbesto (Eternit)	19	18,1
Teja	10	9,5
Palma/ paja/ hoja	16	15,2
Zinc	21	20,0

Fuente: Base de datos en SPSS versión 20 del Cuestionario PRAM.

Elaboración: Autora

Disponibilidad de servicios básicos

En cuanto a la disponibilidad de servicios básicos, la tabla 11 presenta la distribución de la población en estudio según acceso a servicios básicos, observándose que, el 97,1% cuenta con servicio de electricidad, el 43,8% con acceso a telefonía fija, el 79,0% a telefonía celular, el 13,3% a servicio de internet, el 16,2% y 13,3% a servicio de agua potables y alcantarillado, respectivamente.

Los datos reflejan el limitado acceso a servicios básicos de los agentes de medicina ancestral, quienes consideran que esta situación se debe a que en su mayoría viven en zonas rurales del cantón.

Si bien la vivienda, es considerada en muchos estudios, como uno de los elementos fundamentales al momento de definir las condiciones de vida de las personas, en este sentido, el mayor porcentaje de agentes de medicina ancestral tienen casa propia, uno de sus principales problemas radica en el acceso a servicios básicos, especialmente, el acceso a agua potable, situación que dificulta la práctica ancestral pues es uno de los elementos que utilizan para las purificaciones o para elaborar medicamentos.

Tabla 10: Distribución de la población en estudio según servicios básicos

Variable	Frecuencia	Porcentaje
	Electricidad	
Si	102	97,1
No	3	2,9
	Teléfono/fijo	
Si	46	43,8
No	59	56,2
	Teléfono/celular	
Si	83	79,0
No	22	21,0
	Internet	
Si	14	13,3
No	91	86,7
	Agua potable	
Si	17	16,2
No	88	83,8
	alcantarillado y saneamiento	
Si	14	13,3
No	91	86,7

Fuente: Base de datos en SPSS versión 20 del Cuestionario PRAM.

Elaboración: Autora

4.4 Análisis de características socio laborales. Agentes de medicina ancestral

Para analizar las características sociolaborales de los Agentes de medicina ancestral se ha considerado la actividad principal, la especialidad, el tiempo en años que realizan las prácticas y los ingresos económicos que reciben por ello.

Del análisis de la población según principal actividad que realiza, en la Tabla 12 se puede observar que el mayor porcentaje (91,4%) hace de las prácticas médicas ancestrales su principal actividad, seguida de la agricultura como su actividad secundaria. A decir de las personas participantes de las entrevistas, esta actividad no es vista como un negocio familiar ni como una fuente de ingresos sino tienen por objetivo curar a las personas que solicitan sus conocimientos, independientemente de la hora o el día.

Tabla 11: Agentes de medicina ancestral, según actividad principal

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Medicina Ancestral	96	91,4
Empleado Privado	1	1,0
Empleado público	1	1,0
Negocio Familiar	1	1,0
Agricultura	6	5,7
Total	105	100,0

Fuente: Base de datos en SPSS versión 20 del Cuestionario PRAM.

Elaboración: Autora

Según especialidad, los participantes se clasificaron según se especialidad en Sobadores: Óseas/musculares (21,90%), Curanderos/as: Sangrados (1,90%), Curanderos/as: Humorales (16,19%), Curanderos /as: Energéticas (37,14%), Shamanes (3,81%) y como Parteras: Cuidado de la vida sexual y reproductiva (19,05%).

Del análisis por género se observa que la especialidad «Parteras: Cuidado de la vida sexual y reproductiva» en el cantón Cuenca es exclusiva de mujeres, en tanto, que la práctica de «Shamanes» lo realizan únicamente los hombres. Para los agentes participantes de las entrevistas grupales este hecho se debe a que los hombres tienen el conocimiento y heredan este don para guiar, mientras que las mujeres saben de los «secretos de mujeres».

Desde una perspectiva de género este hecho se debe a estereotipo que trascienden las prácticas ancestrales, asignando socialmente roles en función del sexo, así los hombres considerados fuertes, sabios, guías predestinados a liderar las familias y la comunidad, mientras que las mujeres relacionadas directamente al espacio domésticas y responsables del cuidado de los «otros».

Tabla 12: Agentes de medicina ancestral, según especialidad y sexo

Variable	Mujeres		Hombres		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sobadores: Óseas/musculares	10	10%	13	12%	23	22%
Curanderos/as: Sangrados	1	1%	1	1%	2	2%

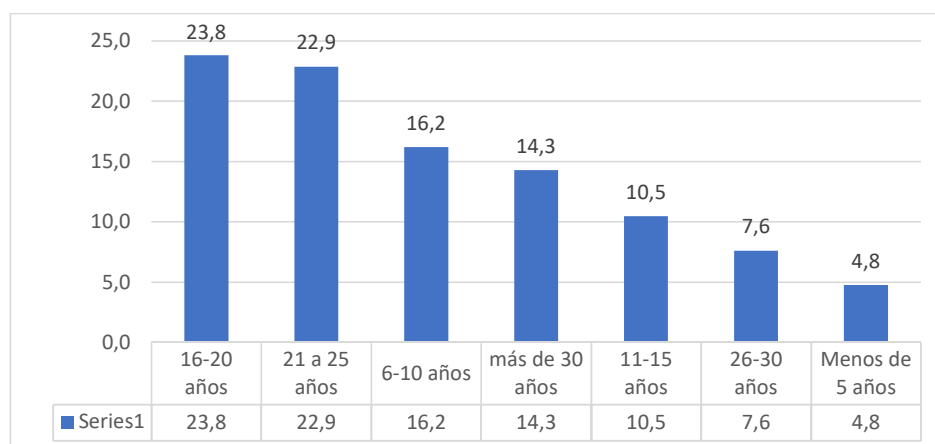
Curanderos/as: Humorales	26	25%	14	13%	17	38%
Curanderos/as: Energéticas	13	12%	10	10%	39	22%
Shamanes	0	0%	4	4%	4	4%
Parteras: Cuidado de la vida sexual y reproductiva	13	12%	0	0%	20	12%
Total	63	0,6	42	40%	105	100%

Fuente: Base de datos en SPSS versión 20 del Cuestionario PRAM

Elaboración: Autora

El análisis del tiempo, en años, que realizan prácticas médicas ancestrales, el Gráfico 4 muestra que el 23,8% practican estas actividades de 16 a 20 años, 22,90% de 21 a 25 años, el 14,3% lo hacen más de 30 años.

Gráfico 4: Distribución de Agentes de medicina ancestral, según tiempo en años que realizan prácticas médicas ancestrales



Fuente: Base de datos en SPSS versión 20 del Cuestionario PRAM.

Elaboración: Autora

En la tabla 13 cuando se cruza las variables años de prácticas con sexo se observa que los mayores porcentajes corresponde a las mujeres. Es decir, son ellas quienes tienen más años de realizar en estas prácticas, por tanto, son agentes esenciales en la reproducción de la cultura y en el cuidado de la salud.

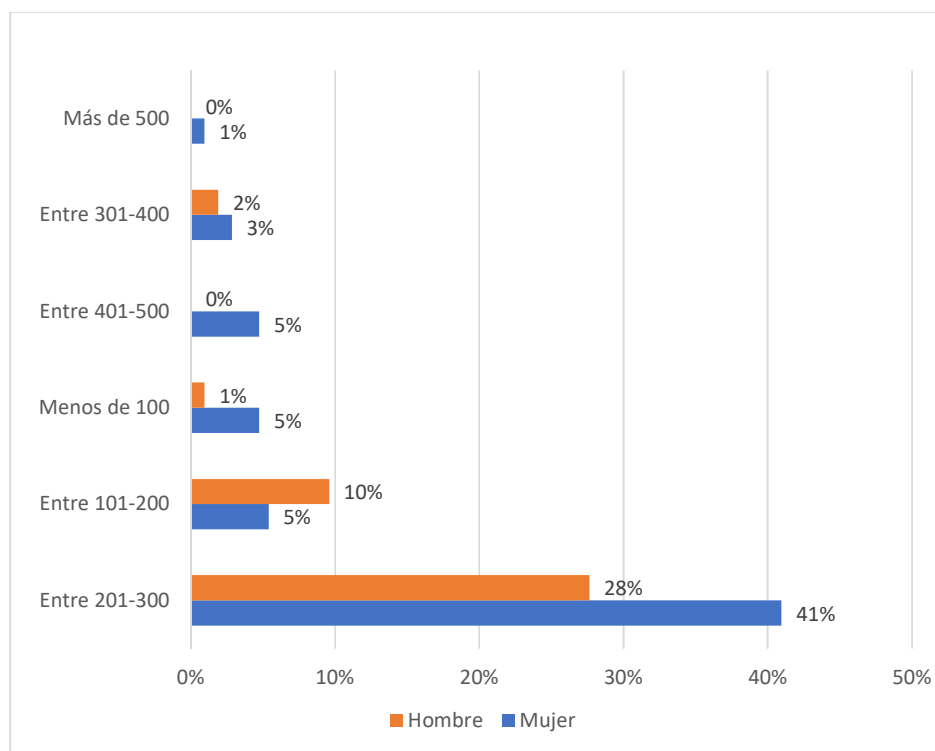
Tabla 13: Distribución de Agentes de medicina ancestral, según sexo.

Tiempo/prácticas médicas ancestrales	Sexo		Total
	Mujer	Hombre	
Menos de 5 años	5%	0%	5%
6-10 años	10%	7%	16%
11-15 años	7%	4%	10%
16-20 años	11%	12%	24%
21 a 25 años	13%	10%	23%
26-30 años	5%	3%	8%
más de 30 años	10%	5%	14%
Total	60%	40%	100%

Fuente: Base de datos en SPSS versión 20 del Cuestionario PRAM.

Elaboración: Autora

Otra variable de interés en la investigación son los ingresos mensuales de los Agentes de medicina ancestral. El Gráfico 5, muestra que existe variabilidad en los ingresos mensuales de los agentes, observándose que el mayor porcentaje 69% percibe ingresos entre 201-300 dólares (41% son mujeres, 28% hombres), el 15% entre 101-200 dólares mensuales (5% son mujeres, 10% hombres), el 6% menos de 100 dólares(5% son mujeres, 1% hombres), el 5% entre 301-400 (3% son mujeres, 2% hombres) y 401-500 dólares (5% son mujeres,0% hombres) y solo el 1% indican percibir ingresos de más de 500 dólares mensuales (1% son mujeres, 0% hombres).

Gráfico 5: Agentes de medicina ancestral, según ingresos

Fuente: Base de datos en SPSS versión 20 del Cuestionario PRAM.

Elaboración: Autora

En esta sección se evidencia las condiciones sociolaborales de los Agentes de medicina ancestral, del análisis se desprende que mayoritariamente hacen de las prácticas de medicina ancestral su principal fuente de ingresos, sin embargo, a decir, de las personas participantes en las entrevistas grupales, el fin principal de estas no es el rédito económico, pues «muchas veces realizo curas sin necesidad de pago económico, porque mi responsabilidad es ayudar a las personas a restablecer su equilibrio y sanarse», «no se pone precio a esta prácticas, las personas atendidas deciden compartir algún valor» (Entrevista grupal 1 y 2, 2018). Sin bien la realización de esta práctica resulta ser parte de su ideología, sin embargo, desde un enfoque de derechos, es fundamental asegurar un salario justo, más aún al analizar el tiempo dedicado a la realización de las prácticas médicas ancestrales supera un promedio de 16 a 20 años.

Se debe recalcar que del análisis de la información obtenido mediante la aplicación de la encuesta y las entrevistas grupales se identifican que varios principios de las prácticas de la medicina ancestral coinciden con los de la EPS principalmente en

la búsqueda del bien común ya que brindan sus servicios sin diferenciar clase, etnia, edad, sexo, procedencia. El principio de solidaridad que caracteriza y comparte con la EPS se evidencia en la supremacía de la salud de las personas sobre los recursos que se reciben por la actividad. Otro principio que prevalece es el trabajo sobre los réditos económicos, es decir, aunque las prácticas les demanden gran parte de su tiempo ellos brindan sus servicios para sanar a las personas.

4.5 Análisis de las diferencias entre el ingreso económico Agentes de medicina ancestral de acuerdo a su oficio.

Para determinar que existen diferencias significativas entre el ingreso económico según el oficio que tenga el agente de medicina ancestral, como se ha indicado en la metodología, se realizara la prueba de ANOVA de un factor. Pero antes de aplicar esta técnica estudiaremos los supuestos necesarios que se deben cumplir previo a este análisis, que son: 1) distribución normal entre la variable principal y la de tratamiento; 2) independencia entre los sujetos analizados; y 3) normalidad de varianza entre los grupos. Aunque para este último, hay estadísticos que pueden ser utilizados para solucionar la violación de este supuesto, corrigiendo los grados de libertad de la suma total de cuadrados.

La prueba de normalidad de entre la variable principal y la de tratamiento indica que no existe suficiente evidencia estadística para asumir que la distribución de la ocupación de los agentes y su ingreso promedio se distribuye normalmente [$SW(4) = 0.630, Sig. = 0.001$; $SW(23) = 0.655, Sig. = 0,000$; $KS(58) = 0.403, Sig. = 0.000$; $SW(20) = 0.727, Sig. = 0.000$]. Sin embargo, dado que la prueba ANOVA es una medida robusta, a pesar de que no se cumpla el supuesto de normalidad se puede seguir aplicando. Además, se cumple con el supuesto principal de esta técnica, que es la independencia entre las observaciones, ya que la ocupación de los agentes de medicina ancestral es independiente entre ellos, es decir, los agentes que son shamanes, no son los mismo que son sobadores/as, curandero/as o parteras.

Como se puede observar en la tabla 10, no hay evidencia estadísticamente suficiente para afirmar que la varianza entre la ocupación de los agentes ancestrales y sus ingresos promedio sean iguales [$W(3,101) = 4,114$; $Sig. 0,008$]. Por lo tanto, el

estadístico que se utiliza para determinar si existe diferencia significativa entre los grupos es el de Welch, que al igual que el estadístico F, tiene como hipótesis nula la igualdad de medias entre los grupos, solo que esta medida corrige los grados de libertad de la suma total de cuadrados para denotar la diferencia de varianzas entre los grupos.

Los resultados indican que con un 95% de confianza no hay diferencias significativas entre el oficio de los agentes ancestrales y su ingreso promedio [$Welch(3) = 1,460$; $Sig. = 0,235$]. Este hallazgo se comprueba con la prueba post hot entre los grupos, en donde, al igual el resultado general, no hay diferencias estadísticamente significativas entre pares de grupos, ya los coeficientes de significancia son superiores a 0,05 (ver tabla 14).

Tabla 14. Prueba ANOVA de un factor, entre la especialidad u oficio del agente ancestral y su ingreso promedio

Ingreso promedio		Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza	
Especialidad u oficio					Límite inferior	Límite superior
Shamán	Sobador/a	-22,87500	30,07009	,869	-126,9575	81,2075
	curandero/a	-34,06466	30,21310	,687	-137,5546	69,4253
	partero/a	-90,07500	42,51198	,190	-211,8000	31,6500
Sobador/a	Shamán	22,87500	30,07009	,869	-81,2075	126,9575
	curandero/a	-11,18966	23,54804	,964	-73,2962	50,9169
	partero/a	-67,20000	38,06505	,311	-171,2317	36,8317
curandero/a	Shamán	34,06466	30,21310	,687	-69,4253	137,5546
	Sobador/a	11,18966	23,54804	,964	-50,9169	73,2962
	partero/a	-56,01034	38,17812	,470	-160,1048	48,0842
partero/a	Shamán	90,07500	42,51198	,190	-31,6500	211,8000
	Sobador/a	67,20000	38,06505	,311	-36,8317	171,2317
	curandero/a	56,01034	38,17812	,470	-48,0842	160,1048

Prueba de homogeneidad de varianzas: $W = 4,114$; $Sig. 0,008$

Prueba de Welch: $Welch(3) = 1,460$; $Sig. 0,235$ $F=1,442$

Fuente: Base de datos en SPSS versión 20 del Cuestionario PRAM.

Elaboración: Autora

Datos que comprueban el sentir de los médicos ancestrales entrevistados «no importa cuál sea la práctica ancestral que realicemos estos son dones otorgados que deben ser utilizados para servir a quienes lo necesiten, más allá de los ingresos que se reciban por ellos, que generalmente son muy escasos» (Entrevista grupal 1 y 2, 2018)

4.6 Capacidad explicativa de las variables sociodemográficas y socioeconómicas en las prácticas de medicina ancestral en el cantón Cuenca.

Una vez definido y validado el constructo «Prácticas Médicas Ancestrales» se procede de acuerdo a lo descrito en la metodología a aplicar la técnica de regresión lineal múltiple a fin de determinar los factores que inciden en las prácticas ancestrales en la ciudad de Cuenca. Como la variable dependiente, prácticas de medicina ancestral, es una variable no observable, fue construida a partir de una batería de variables de escala Likert, mediante la técnica de análisis factorial por componentes principales, por lo que, la aplicación de la técnica de regresión lineal múltiple por mínimos cuadrados ordinarios es factible.

En la tabla 14, se puede observar que se han estimado cinco modelos de regresión lineal, en los cuales se han ido incorporando una serie de variables sociodemográficas y socio-económicas. En el modelo 1, se tiene seis variables de características individuales de los agentes y dos variables socio-económicas sobre índice de servicios básicos y rango de ingresos; en el siguiente modelo se ha probado el modelo con la variable de ingresos promedio, así sucesivamente hasta el quinto modelo se han ido probando las variables personales de los agentes y ciertas variables socio-económicas. Analizando los estadísticos de bondad de ajuste de los primeros cuatro modelos, podemos darnos cuenta que la incorporación de las cuatro últimas variables socioeconómicas han empeorado la significancia estadística global de los modelos, ya que el coeficiente de determinación ajustado (R^2) ha pasado de explicar un 19,8% a un 18,8% la variabilidad de las prácticas ancestrales; además se comprueba que ninguna de las variables socioeconómicas resultan ser estadísticamente significativas al 90% y 95% de confianza. Por ello, para analizar los factores que inciden significativamente en las prácticas de medicina ancestral se ha seleccionado el modelo número cinco.

De acuerdo al modelo seleccionado, en la tabla 15, podemos observar que, en conjunto, las variables incluidas en el modelo de regresión múltiple explican la variabilidad de la frecuencia de prácticas ancestrales (R^2) en un 26,0%. El coeficiente de determinación ajustado (R^2 ajustado) es una medida de bondad de ajuste del modelo al igual que el R^2 , con la diferencia de que este último índice no es sensible al

incremento de variables, sino que recoge el aporte significativo de cada variable incluida en el modelo; en el presente modelo el aporte significativo de las variables incluidas en el modelo indican un 20,7% (ver tabla Nro. 15) Estos resultados se comprueban con la prueba F de significancia global, que indica que con un 95% de confianza, en conjunto todas las variables aportan significativamente al modelo ($F = 4,867$; $p - \text{value} = 0,000$).

Tabla 15. Modelos de regresión lineal de prácticas de medicina ancestral del Cantón Cuenca

Componente	Prácticas ancestrales Variables independientes	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5
		Coefficiente	Coefficiente	Coefficiente	Coefficiente	Coefficiente
Socio-demográficas	Constante	2,0841***	2,0944***	2,0636***	1,9772***	2,1026***
	Sexo	-0,3629*	-0,3643*	-0,3647*	-0,3573*	-0,3671*
	Rango de edad	-0,4899**	-0,4914**	-0,4879**	-0,5441**	-0,4945**
	Dummy de etnia indígena	0,26881	0,2678	0,2668	0,2359	0,2641
	Estado Civil	-0,1982***	-0,1987***	-0,1986***	-0,1977***	-0,1995***
	Nivel de educación secundaria	-0,6257**	-0,6252**	-0,6304**	-0,5940**	-0,6241**
	Nivel de educación superior	-1,2674***	-1,2664***	-1,2605***	-1,1887**	-1,2705***
Socio-económicas	Índice de servicios básicos, 1 bajo índice y 6 alto índice	-0,1340	-0,1353	-0,1351	-0,1252	-0,1378
	Rango de ingresos	-0,0112		-0,0114	-0,0270	
	Ingreso promedio		-7,68826E-05			
	Número de integrantes de la familia			0,0043	0,0035	
	Años que práctica la medicina ancestral				0,0091	
		$R^2 = 26,0\%$ $R^2 \text{ ajustado} = 19,8\%$ $F = 4,218***$	$R^2 = 26,0\%$ $R^2 \text{ ajustado} = 19,8\%$ $F = 4,216***$	$R^2 = 26,0\%$ $R^2 \text{ ajustado} = 19,0\%$ $F = 3,713***$	$R^2 = 26,6\%$ $R^2 \text{ ajustado} = 18,8\%$ $F = 3,404***$	$R^2 = 26,5\%$ $R^2 \text{ ajustado} = 20,7\%$ $F = 4,867***$

Significancia: * al 10%; ** al 5%; *** al 1%

Fuente: Base de datos en SPSS versión 20 del Cuestionario PRAM.

Elaboración: Autora

Los determinantes significativos de las prácticas ancestrales por parte de los agentes de medicina ancestral en la ciudad de Cuenca, se centran en las características individuales de esos agentes, que en las condiciones económicas y laborales. Es así, que con un 90% de confianza, el de ser hombre o mujer (Hombre=0; Mujer=1), incide significativamente inversa en las prácticas de medicina ancestral, esto significa que las mujeres realizan más prácticas de medicina ancestral [$\beta_1 + \alpha_1 = 2,1026 + (-0,3671) = 1,7355$], que los hombres ($\beta_1 = 2,1026$), manteniendo todos los demás factores

constantes (*ceteris paribus*). La edad tiene una relación con la frecuencia de prácticas, es decir, los agentes más jóvenes practican con menor frecuencia la medicina ancestral $[\beta_1 + \alpha_2 = 2,1026 + (-0,4945) * 1 = 1,6081]$, que los agentes adultos $[\beta_1 + \alpha_2 = 2,1026 + (-0,4945) * 2 = 1,1136]$ y adultos mayores $[\beta_1 + \alpha_2 = 2,1026 + (-0,4945) * 3 = 0,6191]$, *ceteris paribus*.

Tabla 16: Modelo de regresión lineal múltiple seleccionado de prácticas ancestrales por parte de los agentes de medicina ancestral en la Ciudad de Cuenca

Prácticas ancestrales Variables independientes	B	Error estándar	Sig.
Constante	2,1026***	,572	,000
Sexo	-0,3671*	,192	,058
Rango de edad	-0,4945**	,196	,013
Variable dummy de etnia indígena	0,2641	,219	,231
Estado Civil	-0,1995***	,064	,002
Nivel de educación secundaria	-0,6241**	,271	,023
Nivel de educación superior	-1,2705***	,439	,005
Índice de servicios básicos, 1 bajo índice y 6 alto índice	-0,1378	,091	,134
R ² = 26,0% R ² ajustado = 20,7% F = 4,867***			
Significancia: * al 10%; ** al 5%; y, *** al 1%			

Fuente: Base de datos en SPSS versión 20 del Cuestionario PRAM.

Elaboración: Autora

El estado civil también es un determinante significativo de la prácticas de medicina ancestral, ya que los agentes con compromisos familiares (Casado/a=1; Separado/a=2; Divorciado/a=3; Viudo/a=4; Unión libre=5) son los que más practican la medicina ancestral que los agentes sin compromisos (Soletero=6), es así que las personas casadas $[\beta_1 + \alpha_4 = 2,1026 + (-0,1995) * 1 = 1,9031]$ realizan 0,9975 veces más que una persona soltera $[\beta_1 + \alpha_4 = 2,1026 + (-0,1995) * 6 = 0,9056]$ y así sucesivamente, *ceteris paribus*. El nivel de educación, también es un determinante significativo de la frecuencia de prácticas de medicina ancestral, como un factor inverso, es decir, que las personas que tienen estudios de educación secundaria $[\beta_1 + \alpha_5 = 2,1026 + (-0,6241) = 1,4785]$ y universitaria $[\beta_1 + \alpha_6 = 2,1026 + (-1,2705) = 0,8321]$ realizan menos prácticas de medicina que los que han alcanzado estudios primarios e incluso los que no han estudiado ($\beta_1 = 2,1026$).

Comprobación de los supuestos del modelo regresión lineal seleccionado

Siete de las ocho variables incluidas del modelo seleccionado son variables que indican una categoría, por lo que, no es necesario que cumplan el supuesto de distribución normal. Sin embargo, con un 95% de confianza, los residuos del modelo se distribuyen normalmente ($KE = 0,071$, $p - value = 0,200$), el gráfico de los residuos se puede visualizar en el anexo 4. Además, se comprueba el supuesto de no autocorrelación entre los residuos, debido a que el estadístico de Durbin y Watson es de 1,991, muy cercano a dos, por lo que no existe evidencia estadísticamente suficiente para suponer que los residuos estén correlacionados.

Las variables incluidas en la regresión indican que cada una aporta información valiosa, propia e importante al modelo, debido a que los coeficientes de inflación de varianza (VIF) de las variables son inferiores a cuatro, a partir del cual se considera que las variables están medianamente correlacionadas. (Ver Anexo 5)

Los datos obtenidos son validados por los Agentes de medicina ancestral que participaron en las entrevistas grupales, ya que desde su percepción son las mujeres quienes mayoritariamente practican la medicina ancestral. Asimismo, coinciden, en que los jóvenes son quienes, en la actualidad, desarrollan menos estas prácticas. En cuanto a los determinantes de las prácticas ancestrales es reconocido por los médicos ancestrales que los factores socioeconómicos no determinan sus prácticas, concordando con los resultados de los modelos regresión presentado en la tabla 14, en donde se evidencia que los determinantes de estas prácticas son características individuales como el sexo, el nivel de educación, el estado civil y la edad.

Estos resultados, a decir de las personas participantes de las entrevistas grupales, reflejan con claridad, que los Agentes de medicina ancestral tienen una visión de salud integral que involucra el equilibrio de los seres humanos consigo mismo, con la naturaleza, con lo material y espiritual, con el conocimiento y la sabiduría, prevaleciendo la vida sobre los recursos económicos y laborales.

Discusión

Los resultados del estudio aportan a la comprobación de la hipótesis planteada al inicio de esta investigación al afirmar que las personas agentes de medicina ancestral aportan al cuidado de la vida y a la reproducción cultural.

Los resultados muestran que la mujer en mayor porcentaje práctica la medicina ancestral. Datos que coinciden con el estudio de Massé (2017) quien evidencia que históricamente, trascendiendo la geografía y la cultura, las mujeres son quienes se han ocupado del cuidado y bienestar del «otro», es decir, que su relación con el cuidado de la vida es una «suerte de simbiosis capaz de dar esperanza y salud a unos e identidad y gratificación a otros» (Massé, 2017:300)

Por otro lado, el estudio de Cardona (2012) en Colombia muestra como el sistema médico tradicional está compuesto por el acervo cultural de saberes, prácticas y conocimientos médicos tradicionales transmitido oralmente a través de múltiples generaciones, brindados por la Madre Tierra para la sanación de enfermedades, desde esta perspectiva, los médicos tradicionales actúan como intermediario entre la naturaleza y las personas. El estudio evidencia que el ámbito cultural juega un papel fundamental para la reproducción de las prácticas médicas ancestrales permitiendo explicar diversos fenómenos de la cotidianidad que generan enfermedades, que, para su sanación, se debe incluir aspectos socioculturales, experiencias y saberes acumulados por los actores sociales a fin de lograr la armonía con el territorio. En este sentido la salud es la armonía entre mente, el espiritual y los ambientes: social, ambiental y físico-biológica en donde el abordaje de las representaciones permite comprender las acciones sentidos y los significados que se les atribuyen a los objetos, situaciones y fenómenos de su cotidianidad.

El estudio realizado por Nora Astaiza y otros (2012) en Colombia muestra que las prácticas de medicina ancestrales y sus agentes son relevante para la atención de la salud materno infantil. La atención medica está influenciada por el medio cultural y las relaciones entre sujetos sociales por lo que hablar de medicina ancestral y sus agentes implica abordarlas en su contexto histórico, vivencial y cultural particular. En este sentido esta investigación coincide con los resultados obtenidos en el presente estudio al

afirmar que son las parteras, agentes de medicina ancestral importantes, en el cuidado de la mujer, su vida reproductiva y el nacimiento y primeros cuidados del bebé.

Por otro lado, del estudio realizado por Manuel Guailas (2014) en el Ecuador, específicamente, en los cantones de Loja y Saraguro, se evidencia que los agentes de medicina ancestral son personas mayores a 50 años ya que son quienes tiene amplios conocimientos sobre los saberes ancestrales por su permanencia en la zona, resaltando la pérdida parcial de los saberes ancestrales entre las personas jóvenes por la influencia de la cultura occidental, y el poco interés por rescatar estos conocimientos. Situación similar sucede en el cantón Cuenca en donde los resultados de esta investigación evidencian un bajo porcentaje de personas jóvenes que realizan estas prácticas en el cantón Cuenca (3,8%) siendo la razón principal el desinterés de la juventud por aprender y practicar estos saberes. Estas prácticas las realizan mayoritariamente personas adultas y adultas mayores. Situación que, en los dos casos, constituye un riesgo tanto para el cuidado de la salud como para la reproducción de la cultura.

Conclusiones

La Ley de Economía Popular y Solidaria vigente desde 2011 en nuestro país, define a la EPS como toda «forma de organización económica, donde sus integrantes, individual o colectivamente, organizan y desarrollan procesos de producción, intercambio, comercialización, financiamiento y consumo de bienes y servicios, para satisfacer necesidades y generar ingresos, basadas en relaciones de solidaridad, cooperación y reciprocidad, privilegiando al trabajo y al ser humano como sujeto y fin de su actividad, orientada al buen vivir, en armonía con la naturaleza, por sobre la apropiación, el lucro y la acumulación de capital», preceptos con los cuales coinciden plenamente la medicina ancestral y sus prácticas al incluir varios elementos y recursos, entre estos, los Agentes de medicina ancestral, quienes desarrollan un conjunto de prácticas como producto de saberes ancestrales, de aprendizaje, formación empírica y transmisión de generación en generación formando identidad cultural. Estos conocimientos aplicados sobre el cuerpo y sus energías, la convivencia con otros seres humanos y espirituales, converge en salud integral, entendido como un estado en equilibrio del alma, cuerpo, espíritu y la naturaleza, reconocidos plenamente en la Constitución 2008, al considerar los sistemas tradicionales de salud, sus prácticas y medicinas, como responsabilidad del Estado.

En el cantón Cuenca, en cumplimiento de lo consagrado en la Constitución, el MSP mediante la Coordinación de Salud Zonal-6 cuenta con el Departamento de Interculturalidad mediante el cual viene trabajando y promoviendo las prácticas de medicina ancestral, así también, es responsable de mantener actualizado el registro de médicos ancestrales activos en el cantón.

El presente estudio logró identificar 105 agentes de medicina ancestral activos en el cantón Cuenca (60% mujeres y 40% hombres), observándose que el mayor número de médicos ancestrales registrados en el MSP pertenecen a las parroquias rurales de El Valle (21), Baños (18) y Sinincay (15), de los cuales 58 son curanderos/as, 23 son sobadores/as, 20 parteras y 2 se reconocen como shamanes. Respecto a las causas de la presencia mayoritaria de Agentes de medicina ancestral que pertenecen al Valle, Baños y Sinincay, con base en las entrevistas se determinan dos razones, por la cercanía de estas parroquias rurales a la ciudad de Cuenca, lugar en donde realizan sus prácticas y segundo, por ser las parroquias rurales con mayor densidad poblacional después de la parroquia Ricaurte.

Del análisis de edad de los agentes de medicina ancestral, se evidencia que el grupo etario mayoritario (80%) lo conforman las personas adultas, entre 30 y 64 años de edad, mientras que estas prácticas y conocimientos cada vez son menos interesantes para los jóvenes entre 18-29 años (3,8%). Este hecho implica que la principal preocupación se centre en la escasa participación de personas jóvenes, situación considerada un riesgo para la transmisión de estos saberes de generación en generación.

Asimismo, en cuanto al nivel de educación alcanzado, se determina que el 47,6% no ha terminado la primaria y que el 8,6% no tienen ningún nivel de educación, el 23,8% expresa haber terminado la primaria y el 10,5% la educación media o bachillerato, el 4,8% dice haber culminado sus estudios superiores. Datos que, si partimos del principio que la educación es un derecho que aporta al desarrollo de capacidades y habilidades para el ser humano, estos estarían en condiciones de vulnerabilidad.

En cuanto a la vivienda, el 53,3% dice que es propia, compartida el 21%, prestada el 14,3% y rentada el 11,4%. Entre las principales características de la vivienda

el 41,9% de los Agentes de medicina ancestral viven en casas cuyas paredes son de adobe/tapia y el 35,2% en casas de Hormigón/bloque/ladrillo. Como se observa prevalecen las viviendas de adobe/tapia puesto que consideran que estos materiales son saludables, aislantes del frío o calor, y que aportan al equilibrio energético. Sin embargo, del total de agentes de medicina ancestral encuestados, solo el 13,3% cuenta con servicio de internet, el 16,2% con servicio de agua potable y el 13,3% dispone de alcantarillado, factores ambientales que pueden influir en la salud de sus ocupantes y por ende en su calidad de vida.

Para el 91,4% de los agentes de medicina ancestral esta es su principal actividad productiva, el 6% dice percibir menos de USD100 al mes, el 15% registra ingresos entre USD101-200, el 69% dice tener ingresos mensuales entre USD201-300, el 5% entre USD301-400 y el 5% entre USD401-500 dólares, solo el 1% indican percibir ingresos de más de USD500 mensuales. Estos datos comprueban que las prácticas de medicina ancestral, distan mucho de ser una actividad económicamente rentable, que les permita acceder a servicios básicos o mejorar las condiciones de vivienda; sin embargo, demuestran claramente el afán de servicio a la comunidad, la búsqueda del bien común, y la importancia del servicio por sobre los réditos económicos, al aceptar en muchas ocasiones animales menores, favores o reconocimiento social como formas de pago por sus servicios curativos, prácticas que, de alguna manera, aportan a la EPS como iniciativas económicas individuales que aportan al bienestar colectivo.

Por otra parte, los resultados de las pruebas estadísticas inferenciales dejan en evidencia que contrario al pensar occidental, las prácticas de medicina ancestral no priorizan el dinero sobre la salud, ni establece diferenciación jerárquica según la especialidad, situación que se comprueba al no existir diferencia significativa entre los ingresos y la especialidad del agente de medicina ancestral. Así también, no existe capacidad explicativa de las variables socio económicas y socio laborales sobre las prácticas ancestrales, mostrando que los determinantes que influyen en estas son las condiciones individuales.

Se debe recalcar que, durante los talleres y entrevistas grupales, los agentes de medicina ancestral manifiestan expresamente la necesidad de fortalecer y fomentar, desde la institucionalidad, las prácticas ancestrales en todas sus especialidades, a fin de

revalorizarla en la comunidad como conocimientos y saberes ancestrales, ya que actualmente, la responsabilidad la asumen principalmente las mujeres sin ningún reconocimiento social.

Finalmente, la presente investigación constituye un acercamiento local que permita determinar la situación actual de los Agentes de medicina ancestral en el cantón Cuenca y las condiciones en la que estos desempeñan sus prácticas medicinales, a fin de contar con información actualizada que contribuya a la toma de decisiones considerando la realidad de este grupo poblacional.

Glosario.

MSP	Ministerio de Salud Pública
URSS	Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas
OMS	Organización Mundial de la Salud
MAIS	Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud
EPS	Economía Popular y Solidaria
SESS	Sistema Económico Social y Solidario
MESSE	Movimiento de Economía Social y Solidaria del Ecuador
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OIT	Organización Internacional del Trabajo
PND	Plan Nacional de Desarrollo

Bibliografía.

- Agudelo, D. (2014). Salud intercultural encrucijadas del vivir bien y el Sumak Kawsay en Bolivia y Ecuador. Recuperado el 25 de mayo de 2018 de <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/4268/1/T1529-MEC-Agudelo-Salud.pdf>
- Aparicio J. (2005). La medicina tradicional como medicina ecocultural. Revisado el 15 de julio de 2018, de https://www.ugr.es/~pwlac/G21_10Alfonso_Aparicio_Mena.html
- Argüello, S. y Sanhueza, R (1996). La medicina tradicional ecuatoriana. Quito: Abya-Yala. Pdf.
- Asamblea Nacional Constituyente. (2012). Ley Orgánica de Salud. Recuperado el 8 de mayo del 2018, de https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/salud-ley_organica_de_salud.pdf
- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador 2008. Pdf.
- Astaiza, N., Rodríguez, S., Guerrero, N., & Portela, H. (2012). Diálogo intercultural en salud: una estrategia para rescatar los saberes y prácticas médicas en torno a la salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas. Revisado el 2 de febrero del 2019 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194224568010>
- Bolivia. (2013). Ley de Medicina Tradicional Ancestral Bolivia. Revisado el 12 5 de febrero del 2019 de http://portal.uasb.edu.ec:2165/Webtools/LexisFinder/DocumentVisualizer/DocumentVisualizer.aspx?id=comparad-Bolivia_ley_de_medicina_tradicional_ancestral
- Bravo, A. (2013). Cuando los saberes se hacen audibles, la transmisión del conocimiento en el ecuador del siglo XXI. Revisado el 5 de febrero del 2019 de:

<http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/5715/2/TFLACSO-2013AEBD.pdf>

Bustamante, T. y Castillo, V. (2016). Prácticas de medicina ancestral que utilizan los adultos mayores de la parroquia Baños – Cuenca, 2015. Recuperada el 18 de mayo del 2018, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23640/1/TESIS.pdf>

Cáceres, E. y Cáceres, A. (1982). Revalidación cultural y transferencia de recursos terapéuticos para mejorar la atención de salud en áreas rurales de Mesoamérica.pdf.

Campos R, Ambrosetti J., Jijena R. (2011). Como Curar El Empacho (y otras hierbas). Universidad Nacional Autónoma de México. Textos botánicos y antropológicos sobre el empacho. Revisado el 8 de mayo del 2018, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0370410615001874>

Canedo, S. (2009). Contribución al estudio del aprendizaje de las ciencias experimentales en la educación infantil: Cambio conceptual y construcción de modelos científicos precursores. Revisado el 5 de septiembre del 2018, en https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/1321/03.SPCI_CAPITULO_III.pdf?sequence

Cardona, J. y Rivera, Y. Palomino. (2012). Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas Embera Chamí de Colombia. Revisado el 1 de noviembre de 2018, en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300013

Casilimas, C. (2002). Investigación cualitativa. Revisado el 1 de octubre del 2018, de <https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/manual%20colombia%20cualitativo.pdf>



- Cattani, A. y otros. (2004). La otra economía. Recuperada el 2 de junio de 2018 de <https://www.economiasolidaria.org/sites/default/files/Laotraeconomia.pdf>
- Chifa, C. (2010). La perspectiva social de la medicina tradicional. Recuperado el 18 de mayo de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/856/85615195001.pdf>
- Coraggio, J. (2011). Principios, Instituciones Y Prácticas De La Economía Social y Solidaria .Pdf
- Coraggio, J. (2013). La Economía Social y Solidaria (ESS): Niveles y alcances de acción de sus actores. Recuperada el 2 de junio del 20018 de https://www.economiasolidaria.org/sites/default/files/La_Economia_Social_y_Solidaria._Niveles_y_alcances_de_accion_24_5_15.pdf
- Coraggio, J. (2014). La Economía Social y Solidaria y el papel de la Economía Popular en la estructura económica. Pdf
- Correa, C. (2002). Protección y promoción de la medicina tradicional: consecuencias para la salud pública en los países en desarrollo. Recuperado el 4 de junio del 2018 de [file:///C:/Users/Equipo/Downloads/Proteccion_y_promocion_de_la_medicina_tradicional_%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Equipo/Downloads/Proteccion_y_promocion_de_la_medicina_tradicional_%20(1).pdf)
- De la Cruz, R., Paymal, N. y Sarmiento, E. (1999). Biodiversidad, derechos colectivos y régimen sui géneris de propiedad intelectual. Quito. Pdf
- De la Fuente. (2011). Análisis Factorial. Revisado el 5 de octubre del 2018 de http://www.fuenterrebollo.com/Economicas/econometria/multivariante/factorial_l/analisis-factorial.pdf
- Delgado, H. (1985). Huesero andino de la sierra centro: técnicas y procedimientos curativos. Revisado el 12 de noviembre de http://www.flacsoandes.edu.ec/web/imagesFTP/1272932059.AMT_37_Hueseros_Andinos.pdf

- Delgado, H. (1996). Los sistemas clasificatorios en la medicina tradicional. file:///C:/Users/Equipo/Downloads/04._los_sistemas_clasificatorios_de_la_medicina_tradicional.pdf
- Distrito Metropolitano de Quito. (2013). Medicina Ancestral: saberes para cuidar el cuerpo y el alma. Revisado el 12 de agosto del 2018, de <https://www.scribd.com/document/292004243/Medicina-Ancestral-saberes-para-cuidar-el-cuerpo-y-el-alma>
- Escobar, A (2010). América Latina en una encrucijada: ¿modernizaciones alternativas, posliberalismo o posdesarrollo?, en Bretón, V. [Ed.]: Saturno devora a sus hijos: Miradas críticas sobre el desarrollo y sus promesas. Icaria, Barcelona
- Estermann, J. (1998). Filosofía andina. Estudio intercultural de la sabiduría autóctona andina. Quito: Abya-Yala
- Garzón, D. y Quinche, V. (2018). Perspectivas actuales sobre las prácticas de la medicina ancestral andina. Cuenca, Ecuador. Revisado el 1 de octubre del 2018 de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29585/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
- Gazo, J. (2017). Medicina popular y sus agentes tradicionales: sobadores, parteros y curanderos en zonas urbanas, Revisado el 1 de noviembre del 2018, de file:///C:/Users/PC-ON/Downloads/3038-Texto%20del%20art%C3%ADculo-4936-1-10-20170516.pdf
- Guacho, D. (2013). Estudio de la Medicina Tradicional como Potencial Atractivo Turístico en el Cantón Cuenca. Recuperado el 18 de mayo de 2018, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4892/3/Tesis.pdf>
- Guailas, M. (2014). Los saberes ancestrales de la población indígena vinculados al desarrollo rural de los cantones de Loja y Saraguro. Revisada el 5 de febrero

del 2019 de
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/11772/1/TESIS-MAGG-corregido%20TRIBUNAL%20definitivo.pdf>

Gualavisí, L. (2008). Creación e introducción del manejo de la historia clínica, el parte diario y el concentrado mensual de Medicina Tradicional Andina, en un servicio de salud del Ministerio de Salud Pública. Recuperado el 8 de mayo de 2018, de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/698/1/90047.pdf>

Hermida, C., Quezada, A. y Vega, G. (1992). La práctica médica tradicional en las provincias de Azuay, Cañar, el Oro y Morona Santiago. Cuenca IDICSA

Hernández, M. y Velasco, L. (2015). La etnicidad cuestionada: Ancestralidad en las hijas e hijos de inmigrantes indígenas oaxaqueños en Estados Unidos. Revisado el 15 de enero del 2019 de <http://www.scielo.org.mx/pdf/migra/v8n2/v8n2a5.pdf>.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación. Revisado el 20 de enero del 2019 de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Herrán, J. (2013). La economía popular y solidaria. Una práctica más que un concepto. Revisado el 2 de febrero del 2019, de <file:///C:/Users/PC-ON/Downloads/Dialnet-LaEconomiaPopularYSolidariaUnaPracticaMasQueUnConc-5967054.pdf>

Herrera, M. (2018). La economía popular y solidaria: el caso ecuatoriano enfocado en el sector financiero cooperativista. Recuperado el 31 de mayo de 2018, de <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6053/1/T2546-MRI-Herrera-La%20economia.pdf>

- IEPS. (2014). La Economía Popular y Solidaria. El Ser Humano Sobre el Capital 2007 – 2013. Recuperado el 2 de junio del 2018, de: <http://www.coraggioeconomia.org/jlc/archivos%20para%20descargar/La%20economia%20Popular%20y%20Solidaria%20El%20Ser%20Humano%20Sobre%20el%20Capital.pdf>
- Jiménez, P., Hernández, M., Espinosa, G., Mendoza, G., Torrijos M. (2015). Los saberes en medicina tradicional y su contribución al desarrollo rural: estudio de caso Región Totonaca, Veracruz. Recuperado el 20 de Mayo del 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-09342015000801791
- Johnson, B. y Onwuegbuzie, A. (2004). Los métodos de investigación mixtos: un paradigma de investigación cuyo tiempo ha llegado. Revisado el 1 de febrero del 2019 de <http://edr.sagepub.com/cgi/content/abstract/33/7/14>
- Jubeto, Y., Giridi, L. y Fernández, M. (2014). Diálogos sobre Economía Social y Solidaria en Ecuador. Encuentros y desencuentros con las propuestas para otra economía. Revisado el mayo del 2018 de http://publicaciones.hegoa.ehu.es/uploads/pdfs/256/Dialogos_sobre_ESS_en_Ecuador.pdf?1488539810
- Knipper, M. (2010). Más allá de lo indígena: salud e interculturalidad a nivel global. Revisado el 5 de febrero del 2019 de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Mabit, J. (1996). El Chamanismo y el hombre contemporáneo. Revisando el 1 de febrero del 2019, de https://takiwasi.com/docs/arti_esp/shamanismo_y_el_hombre_contemporaneo.pdf

- Massé, C. (2017). La mujer y el cuidado de la vida. Comprensión histórica y perspectivas de futuro revisado el 12 de noviembre de <http://aebioetica.org/revistas/2017/28/94/291.pdf>
- Millan, T. (2008). Investigación cualitativa. Revisada el 8 de noviembre del 2018, de <https://metodoinvestigacion.wordpress.com/2008/02/29/investigacion-cualitativa/>
- Ministerio de Salud Pública (2010). Definición del rol de las parteras en el Sistema Nacional de salud del Ecuador. Revisado el 12 de junio del 2018, de http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D277.pdf Marzo 2010
- Ministerio de Salud pública del Ecuador (2013). Modelo de atención integral del sistema nacional de salud (MAIS). Recuperado el 25 de mayo de 2018 de https://cursospaíses.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/50311/mod_resource/content/0/Modulo_2/manual_mais_2013_pg37_50.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2016). Reglamento para la Práctica de la Ancestral Tsáchila Medicina, revisado el 15 de enero del 2019, de instituciones.msp.gob.ec/dps/santo_domingo/images/stories/reglamento_prctica_medicina_ancestral.pdf
- Monzón, J. (2010). Economía Social y conceptos afines: fronteras borrosas y ambigüedades conceptuales del Tercer Sector. Recuperado el 8 de mayo del 2018, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17405602>
- Morales, P. y Arimuya, N. (2014). Sistemas de salud ancestral: derechos genoculturales en Ecuador. Recuperado el 12 de mayo del 2018, de <http://agusvinnus.prodiversitas.org/revistas/Morales-Andi-0.pdf>
- Morales, P. y Neida A. (2010). Ecuador nación intercultural e Intercientífica, Sistemas de salud y medicinas ancestrales. CTT, IPADEG, 2010.; 1ª ed. Quito-Ecuador

- Naranjo, M. (2009). La cultura popular en el Ecuador. Cuenca, Centro Interamericano de Artesanías y Artes Populares-CIDAP, 2009.pdf.
- Neef, M. (1993). Desarrollo a Escala Humana. Icaria Editorial, S.A. Recuperado el 10 de 12 de 2015, de http://www.max-neef.cl/descargas/Max_Neef-Desarrollo_a_escal_humana.pdf
- Nigenda, G., Mora, G., Aldama, S. y Orozco, E. (2001). La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. Recuperado en 09 de febrero de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000100006&lng=es&tlng=es
- ONU (2014). Convenio Núm. 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Recuperada el 18 de junio de 2018, de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_345065.pdf
- ONU. (2007). Declaración de la ONU sobre los derechos de los pueblos indígenas Resolución 61/209 107 sesión plenaria del Consejo General 13 sept 2007 (<http://cssp.gob.sv/wp-content/uploads/2016/12/MEDICINA-TRADICIONAL.pdf>
- Ordoñez, C. y Bravo, P. (2016). Uso de plantas medicinales según la cosmovisión en Andina, por parte de los hombre y mujeres de sabiduría, en la parroquia El Valle, Cuenca, 2015. Recuperado el 18 de mayo del 2018, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25329/1/TESIS.pdf>
- Orellana, D. (2003). La salud en la globalización. Recuperado el 8 de mayo del 2018, en <https://books.google.com.ec/books?id=Fh6Jl41wkoUC&printsec=frontcover&dq=iLa+salud+en+la+globalizaci%C3%B3n&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjlm-eOhOXeAhUL0FMKHQFZB0IQ6wEIKjAA#v=onepage&q&f=false>

- Organización Mundial de la Salud. (2014). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Recuperado el 24 de mayo del 2018, de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/698/1/90047.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, Recuperado el 20 de mayo de 2018, de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Polanyi, K. El Sistema económico como proceso institucionalizado. Revisado el 1 de febrero del 2019 de <http://www.ciesas.edu.mx/publicaciones/clasicos/articulos/Polanyi.pdf>
- Quijano, A. (1999). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. Revisado el 5 de febrero del 2019 de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/lander/quijano.rtf>
- Razeto, L. (1993). Los caminos de la Economía Solidaria. Recuperado el 18 de mayo del 2018 de <https://lacoperacha.org.mx/documentos/coperacha-economia-solidaria-razeto.pdf>
- Rodríguez, G., Gil, J y García E. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. Revisada el 18 de noviembre del 2018 de <https://issuu.com/jesusmarcelino/docs/128205939-metodologia-de-la-investi>
- Sarria, A. y Tiribia, L. (2003). Economía Popular. Revisada el 1 de febrero del 2019 de <https://docplayer.es/20347666-Economia-popular-ana-mercedes-sarria-icaza-lia-tiribia.html>
- Sigüenza, S. (2018). Mujeres: semillas de cambio y Libertad. Revisado el 12 de noviembre del 2018, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/30952>

- Universidad de Alicante (2010). Análisis multivariante con SPSS Reducción de datos: análisis de componentes principales y factorial. Revisado el 1 de octubre del 2018 de web.ua.es/es/lpa/docencia/prácticas-analisis-exploratorio-de-datos-con-spss/practica-5-analisis-multivariante-con-spss-reduccion-de-datos-analisis-de-componentes-principales-y-factorial.html
- Villatoro, E. (1984). Etnomedicina en Guatemala. Centro de Estudios Folclóricos, Colección Monografías. Vol. 1. Hurtado, E. (1984). Estudio de las características y prácticas de las comadronas tradicionales en una comunidad indígena de Guatemala.pdf.
- Walsh, C. (2009). Interculturalidad, Estado y sociedad: luchas (de)coloniales de nuestra época. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar y Abya-Yala.
- Zapparoli, M. (2012). Mujeres y prácticas curativas tradicionales. Revisado el 7 de febrero del 2019 de <file:///C:/Users/PC-ON/Downloads/1512-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2278-2-10-20120828.pdf>
- Zuluaga, G. (2009). Reflexiones para un dialogo entre los sistemas tradicionales de salud y la medicina occidental. Revisado el 15 de agosto del 2018, de https://www.forosalud.org.pe/iiicns/Reflexiones_para_un_dialogo.pdf



Anexos.

Anexo 1: Matriz de operativización de operativización de la investigación

EJE INVESTIGATIVO	CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES	ÁMBITOS	DIMENSIONES	INDICADOR	ITEMS	OPCIONES	ESCALA DE MEDIDA
Agentes de Medicina Ancestral y la economía popular y solidaria	<p>AGENTES DE MEDICINA ANCESTRAL: Practicantes con base histórica socio cultural e identificados por su saber y práctica especializada centrados en la tierra, fuerza de religiosidad ancestral, gira alrededor de la potencia cultural indio mestiza (Morales, 2013)</p> <p>ECONOMÍA POPULAR Y SOLIDARIA: La economía popular y solidaria, es una propuesta política democrática, que requiere la incorporación activamente de todas las personas trabajadoras, ocupados o desocupados, formales o informales, empleados públicos o privados, o que produzcan para el autoconsumo (Coraggio, 2011: 207). Es parte del sistema Económico Social y Solidario</p>	SOCIO ECONÓMICAS	Educación	Nivel de estudios	¿Cuál es su nivel de estudios más alto?	Ninguno, Primaria incompleta, Primaria completa, Secundaria incompleta, Secundaria completa, Educación Básica, Educación media/Bachillerato, Educación Superior incompleta, Educación Superior completa, Postgrado Educación técnica incompleta, Educación técnica completa	Nominal
			Vivienda	Características del hogar	¿Cuáles son los materiales que predominante de la vivienda?	Paredes: Hormigón, cemento, Adobe, Bahareque; caña Piso: Duela, cerámica, mármol, tabla, tierra Techo: losa, eternit, teja, hojas, zinc, otros	Escala
			Condiciones del hogar	Propiedad	Propiedad de la vivienda	Rentada, propia, prestada, compartida, otros	
				Personas que la habitan	¿Cuántas personas habitan la vivienda?	Nº	
				Hacinamiento	¿Cuántos cuartos tiene la vivienda?	Nº	Ordinal
					¿Cuántos cuartos exclusivos para dormir tiene la vivienda?	Nº	
					¿La vivienda tiene cuarto/s exclusivo para negocio familiar	si - no	
			Servicios Básicos	Electricidad	¿La vivienda dispone de servicio de electricidad?	si - no	
				Telefónico	¿La vivienda dispone de servicio telefónico?	si - no	
				Agua potable	¿La vivienda dispone de servicio de agua potable?	si - no	



Universidad de Cuenca

				Alcantarillado saneamiento	¿La vivienda dispone de servicio de alcantarillado?	si - no	
				Internet	¿La vivienda dispone de servicio de internet?	si - no	
			Calidad de los servicios básicos	Electricidad	La calidad del servicio de electricidad es:	muy mala mala regular buena Excelente	Ordinal
				Telefónico	La calidad del servicio de telefónico es:		
				Agua potable	La calidad del servicio de agua potable es:		
				Alcantarillado saneamiento	La calidad del servicio de alcantarillado es:		
				Internet	La calidad del servicio de internet es:		
		SOCIO LABORAL	Trabajo/ocupación	Rama de Actividad	¿Qué tipo de enfermedades usted cura?	Psicológicas, espirituales, del cuerpo	Nominal
				Especialización	¿Cuál es su especialidad?	Curandero/a Partera/o Shamán Sobador/a	Nominal
				Recursos	¿Qué recursos utiliza para la práctica ancestral que usted realiza en sus procesos?	Plantas, animales, piedras, fuego, agua, velas, bebidas médicas, pomadas.	Nominal
				Fuente de ingresos	¿Cuál es su principal fuente de ingresos?	La práctica de la medicina ancestral (independiente) .Empleado/a privada, Empleado/a pública, Negocio familiar, otros	Nominal
			Condiciones Laborales	Relación laboral	En el trabajo actual que realiza ¿qué tipo de contrato o relación laboral tiene?	Autónomo Temporal Sin contrato	Nominal
			Ingresos	Rango de ingresos	¿Cuál es el ingreso económico que genera al mes por su trabajo?	Menos de 100, Entre 101-200, Entre 201-300, Entre 301-400, Entre 401-500, Más de 500	Nominal
			Egresos	Rango de ingresos	¿Monto promedio de egresos económico al mes?	Nº	Escala
			Seguridad Social	Afiliación	¿Usted cuenta con afiliación a la seguridad social?	si-no	Nominal
				Monto de aporte	¿Cuánto aporta a seguridad social?	\$	Escala
			Tiempo	Horas a la semana	¿Cuántas horas a la semana dedica a la actividad económica principal?	Nº	Escala
			Riesgo Laboral	Riesgo Laboral	¿Considera que las prácticas de medicina ancestral es un trabajo riesgoso para su salud?	si-no	Nominal



Universidad de Cuenca

		Prácticas médicas ancestrales		Años de trabajo	Nº de años	¿Cuántos años realiza prácticas de medicina ancestral?	Nº	
			Diagnóstico	Limpias y masajes	Limpias para diagnosticar enfermedades del cuerpo, psicológica, espíritu	Nunca (1) Rara vez (2) A veces (3) Regularmente (4) Siempre (5)	Ordinal	
					Masajes para diagnosticar la enfermedad del cuerpo, psicológica, espíritu			
					Masajes o sobadas para diagnosticar la enfermedad corporal			
					Masajes o sobadas para identificar la desarmonización de las energías			
			Tratamiento	Limpias, masajes, baños, rituales	Limpias de armonización del aura para curar mal de ojo, espanto, mal aire			
					Masajes antiestrés			
					Masajes o sobadas de rehabilitación			
					Baños energéticos			
					Baños de florecimiento para la suerte			
					Rituales para reestructurar el equilibrio entre el cuerpo, espíritu y el alma			
					Rituales Renovación de las energías entre lo individual, colectivo y la naturaleza			
			Cuidado de la vida	masajes, limpias, baños	Usted durante el embarazo realiza masajes para acomodar la posición del bebé			
					Guía y ofrece tratamientos nutricionales durante el embarazo			
					Usted a través de masaje y sobadas ayudas al parto			
					Usted incentiva el acompañamiento de familiares cercanos durante el parto			
					Luego del parto usted realiza masajes para fortalecer el cuerpo de la mujer			
					Usted realiza prácticas de encaderamiento luego del parto			
					Realiza baños purificantes luego del parto			
		Realiza limpias energéticas luego del parto						
		Usted realiza limpias energéticas como método para la infertilidad						
Usted realiza baños purificantes como método para la infertilidad								
Economía Popular y solidaria	Principios	Los recursos económicos generan que la práctica de medicina Ancestral a mejorar su condición de vida	Nunca (1) Rara vez (2) A veces (3) Regularmente (4) Siempre (5)	Ordinal				
		Cree que en las prácticas de medicina Ancestral prevalece la vida de las personas sobre los recursos económicos que puedan generar.						
		Los Agentes de Medicina Ancestral y la Economía Popular y Solidaria fomentan otras formas de convivencia entre las personas, la naturaleza y el universo.						



Universidad de Cuenca

				Los Agentes de Medicina Ancestral cuentan con puestos de trabajo		Ordinal
				Considera que la práctica de medicina Ancestral aporta a la consolidación de la Economía Popular y Solidaria		
				Cuentan con apoyo para el fortalecimiento y capacitación práctica de Medicina Ancestral		
			Normativa	Usted conoce la existencia de políticas públicas que apoyan la práctica de medicina ancestral	Nunca (1) Rara vez (2) A veces (3) Regularmente (4) Siempre (5)	
				Considera que la promoción de las prácticas de medicina Ancestral aporta a su mantenimiento en el tiempo		
				Las políticas y normativa actual aportan a la reproducción de la práctica de medicina Ancestral		
				Considera que es importante fomentar o fortalecer la organización de los Agentes de Medicina Ancestral		
				Usted reciba apoyo de instituciones del estado o gobiernos locales, parroquiales o provinciales que incentive las prácticas ancestrales		
				Considera que se respeta la normativa que garantiza la protección de la práctica de medicina Ancestral		
				Usted conoce la existencia de políticas públicas que fomentan la economía popular y solidaria.		

Fuente: Marco teórico de la investigación



Anexo 2: Cuestionario PRAM.2018

MAESTRÍA DE INVESTIGACIÓN EN DESARROLLO LOCAL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA									
ENCUESTA A AGENTES DE MEDICINA ANCESTRAL EN EL CANTÓN CUENCA									
El objetivo de la presente encuesta es levantar información que dé cuenta de la situación socioeconómica y laboral de las personas agentes de medicina ancestral en el cantón Cuenca, como parte de la investigación denominada Agentes Ancestrales: equilibrio, sanación y vida. La información facilitada es confidencial y será utilizada para los fines pertinentes.									
No. encuesta: _____					Fecha: _____				
1. DATOS GENERALES									
1.1. Nombre: _____		1.2. Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		1.4. Teléfono: _____ Edad: _____		1.5. Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Soltero (a)			
1.3. Usted se identifica como:		<input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Afroecuatoriano(a) <input type="checkbox"/> Mulato(a) <input type="checkbox"/> Montabio(a) <input type="checkbox"/> Blanco(a) <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? _____		<input type="checkbox"/> Negro(a) <input type="checkbox"/> Mestizo(a)		1.6. Lugar de procedencia _____ 1.7. Lugar de domicilio _____ <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural			
2. COMPOSICIÓN FAMILIAR									
2.1. Usted desempeña la Jefatura del hogar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				2.2. N° de integrantes de la familia que habitan la vivienda: _____					
				2.3. N° de personas dependientes _____					
3. SITUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA									
3.1 INSTRUCCIÓN EDUCATIVA									
3.1.1. ¿Qué nivel de estudios tiene?									
<input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Educación Media / Bachillerato		3.2.1. ¿Cuáles son los materiales predominantes de la vivienda?					
<input type="checkbox"/> Primaria incompleta		<input type="checkbox"/> Superior incompleta		Paredes		Piso			
<input type="checkbox"/> Primaria completa		<input type="checkbox"/> Superior completa		<input type="checkbox"/> Hormigón/bloque/ladrillo		<input type="checkbox"/> Duela/ parquet/ piso flotante			
<input type="checkbox"/> Secundaria incompleta		<input type="checkbox"/> Post - grado		<input type="checkbox"/> Asbesto/cemento (Fibrolit)		<input type="checkbox"/> Cerámica/ baldosa/ vinyl			
<input type="checkbox"/> Secundaria completa		<input type="checkbox"/> Educación Técnica incompleta		<input type="checkbox"/> Adobe/tapia		<input type="checkbox"/> Mármol/ marmetón			
<input type="checkbox"/> Educación básica		<input type="checkbox"/> Educación Técnica completa		<input type="checkbox"/> Madera		<input type="checkbox"/> Cemento/ ladrillo			
				<input type="checkbox"/> Bahareque (caña, carrizo)		<input type="checkbox"/> Tabla/ tablón no tratado			
				<input type="checkbox"/> Caña o estera		<input type="checkbox"/> Tierra			
3.3 CONDICIONES DEL HOGAR									
3.3. Propiedad de la vivienda				3.2.2. ¿Cuál es el sistema de eliminación de desechos?					
<input type="checkbox"/> rentada		<input type="checkbox"/> propia		<input type="checkbox"/> prestada		<input type="checkbox"/> Otro, cuál _____		<input type="checkbox"/> Otro, cuál _____	
<input type="checkbox"/> compartida		<input type="checkbox"/> otros							
3.4. N° de personas que habitan la vivienda _____				Techo					
3.5. N° de cuartos de la vivienda _____				<input type="checkbox"/> Hormigón/ losa/ cemento		<input type="checkbox"/> Palma/ paja/ hoja			
3.6. N° de cuartos exclusivos para dormir _____				<input type="checkbox"/> Asbesto (Eternit)		<input type="checkbox"/> Zinc			
3.7. Existe cuartos para el negocio familiar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Teja		<input type="checkbox"/> Otro, cuál _____			
3.8. Dispone de los siguientes servicios:									
Servicio		Valoración del servicio							
		Si	No	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Excelente	
Electricidad									
Teléfono fijo									
Teléfono celular									
Internet									
Agua potable									
Alcantarillado									
4. SITUACIÓN SOCIO-LABORAL									
4.1. Como Agente de Medicina Ancestral ¿Cuál es el oficio que usted realiza?									
<input type="checkbox"/> Curandero/a		<input type="checkbox"/> Curandero/sobador		4.5. ¿Cuál es el ingreso económico que genera al mes por su trabajo?					
<input type="checkbox"/> Shamán		<input type="checkbox"/> Sobador(a)/partera		Menos de 100		Entre 301-400			
<input type="checkbox"/> Partera		<input type="checkbox"/> Curandero(a)/sobador(a)/partera		Entre 101-200		Entre 401-500			
<input type="checkbox"/> Sobador/a				Entre 201-300		Más de 500			
4.2. Como Agente médica ancestral, ¿cuál es su especialidad?									
<input type="checkbox"/> Se ocupan de la mujer, su fertilidad y su gestación				Entre 101-200		Entre 401-500			
<input type="checkbox"/> Cura de enfermedades sobrenaturales (prácticas esotéricas)				Entre 201-300		Más de 500			
<input type="checkbox"/> Atiende fracturas, luxaciones, articulares, saltados de vena, cortaduras, ciática									
<input type="checkbox"/> Realiza técnicas de punción y ventosas (sangrados)									
4.7. ¿Usted cuenta con afiliación a la seguridad social?									



- ☐ Cura enfermedades humorales: Cura del susto, el mal de ojo, los aires, empacho, caída de mollera
- ☐ Limpías energéticas: a casas, rituales para una buena cosecha
- ☐ Otros

Especifique la actividad principal _____

4.3 ¿Cuál es su principal fuente de ingresos?

1. La práctica de la medicina ancestral (independiente)
2. Empleado/a privada
3. Empleado/a pública
4. Negocio familiar
5. Agricultura
6. Otros

Especifique: _____

4.4. En el trabajo actual que realiza ¿qué tipo de contrato o relación laboral tiene?

- ☐ Contrato permanente
- ☐ Autónomo
- ☐ Temporal
- ☐ Sin contrato

Si

No

4.8. ¿Cuánto aporta a seguridad social?

4.9. Cuántas horas a la semana dedica a la actividad económica principal?

4.10. ¿Considera que las prácticas de medicina ancestral es un trabajo riesgoso para su salud?

Por qué: _____

4.11. ¿Cuántos años realiza prácticas de medicina ancestral?

5. MEDICINAL ANCESTRAL

5.1 ENFERMEDADES: Usted cura enfermedades:		Nunca	Rara vez	A veces	Regularmente	Siempre
5.1.1 Espirituales:						
a.	Espanto					
b.	Mal de ojo					
c.	Mal aire					
d.	Colerín					
e.	mala suerte					
5.1.2 Del cuerpo						
a.	Órganos del cuerpo (corazón, riñones, ligado, etc)					
b.	Fracturas, luxaciones, rupturas óseas					
c.	Sistema circulatorio (presión arterial)					
d.	Asistencia del embarazo (parto, parto, posparto)					
e.	Gestación y fertilidad					
5.1.3 Psicológicas:						
a.	Depresión					
b.	Miedo					
c.	tristeza					
d.	Angustias					
5.2. PRÁCTICAS MEDICINALES ANCESTRALES						
5.2.1 DIAGNOSTICOS PARA IDENTIFICAR ENFERMEDADES						
Limpías. Usted realiza:		Nunca	Rara vez	A veces	Regularmente	Siempre
a.	Limpías para diagnosticar enfermedades del cuerpo, psicológica, espíritu					
b.	Masajes para diagnosticar la enfermedad del cuerpo, psicológica, espíritu					
Masajes/sobadas: Usted realiza:		Nunca	Rara vez	A veces	Regularmente	Siempre
a.	Masajes o sobadas para diagnosticar la enfermedad corporal					
b.	Masajes o sobadas para identificar la desarmónización de las energías					
5.2.2 TRATAMIENTOS PARA IDENTIFICAR ENFERMEDADES FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y ESPIRITUALES						
LIMPIAS: Usted realiza:		Nunca	Rara vez	A veces	Regularmente	Siempre
a.	Limpías de armonización del aura para curar mal de ojo, espanto, mal aire					
MASAJES/SOBADAS. Usted realiza:		Nunca	Rara vez	A veces	Regularmente	Siempre
a.	Masajes antiestres					
b.	Masajes o sobadas de rehabilitación					



BAÑOS. Usted realiza:		Nunca	Rara vez	A veces	Regularmente	Siempre
a.	Baños energéticos					
b.	Baños de florecimiento para la suerte					
RITUALES: Usted realiza:		Nunca	Rara vez	A veces	Regularmente	Siempre
a.	Rituales para reestructurar el equilibrio entre el cuerpo, espíritu y el alma					
b.	Rituales Renovación de las energías entre lo individual, colectivo y la naturaleza					
5.2.3. ASISTENCIA A LA VIDA REPRODUCTIVA						
EMBARAZO. MASAJES		Nunca	Rara vez	A veces	Regularmente	Siempre
a.	Usted durante el embarazo realiza masajes para acomodar la posición del bebé					
b.	Guía y ofrece tratamientos nutricionales durante el embarazo					
PARTO. MASAJES		Nunca	Rara vez	A veces	Regularmente	Siempre
a.	Usted a través de masaje y sobadas ayuda al parto					
b.	Usted incentiva el acompañamiento de familiares cercanos durante el parto					
POSPARTO. MASAJES-LIMPIAS-BAÑOS		Nunca	Rara vez	A veces	Regularmente	Siempre
a.	Luego del parto usted realiza masajes para fortalecer el cuerpo de la mujer					
b.	Usted realiza prácticas de encaderamiento luego del parto					
c.	Realiza baños purificantes luego del parto					
d.	Realiza limpiezas energéticas luego del parto					
INFERTILIDAD. MASAJES-LIMPIAS-BAÑOS		Nunca	Rara vez	A veces	Regularmente	Siempre
a.	Usted realiza limpiezas energéticas como método para la infertilidad					
b.	Usted realiza baños purificantes como método para la infertilidad					
5.3. INSUMOS PARA CURAR ENFERMEDADES FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y ESPIRITUALES						
7.1 Para el proceso diagnóstico que insumos utiliza:					SI	NO
a.	Plantas					
b.	Animales					
c.	pedras					
d.	fuego					
e.	agua					
f.	velas					
g.	bedidas medicinales					
h.	pomadas naturales					
7.2 Para el tratamiento de las enfermedades usted utiliza					SI	NO
a.	Plantas					
b.	Animales					
c.	pedras					
d.	fuego					
e.	agua					
f.	velas					
g.	bedidas medicinales					
h.	pomadas naturales					
7.3. Para la asistencia a la vida reproductiva usted utiliza					SI	NO
a.	Plantas					
b.	Animales					
c.	pedras					
d.	fuego					
e.	agua					



f.	velas				
g.	bebidas medicinales				
h.	pomadas naturales				
6-A77- ECONOMIA POPULAR Y SOLIDARIA					
8.1. Agentes de medicina ancestral y su relación con la Economía Popular y Solidaria		Nunca	Rara vez	A veces	Regularmente
a.	Los recursos económicos generan que la prácticas de medicina Ancestral a mejorar su condición de vida				
b.	Cree que en las prácticas de medicina Ancestral prevalece la vida de las personas sobre los recursos económicos que puedan generar.				
c.	Los Agentes de Medicina Ancestral y la Economía Popular y Solidaria fomentan otras formas de convivencia entre las personas, la naturaleza y el universo.				
d.	Los Agentes de Medicina Ancestral cuentan con puestos de trabajo				
e.	Considera que la prácticas de medicina Ancestral aporta a la consolidación de la Economía Popular y Solidaria				
f.	Cuentan con apoyo para el fortalecimiento y capacitación práctica de Medicina Ancestral				
8.2 Agentes de medicina ancestral: Normativa y Políticas Públicas		Nunca	Rara vez	A veces	Regularmente
a.	Usted conoce la existencia de políticas públicas que apoyan la práctica de medicina ancestral				
b.	Considera que la promoción de las prácticas de medicina Ancestral aporta a su mantenimiento en el tiempo				
c.	Las políticas y normativa actual aporta a la reproducción de la prácticas de medicina Ancestral				
d.	Considera que es importante fomentar o fortalecer la organización de los Agentes de Medicina Ancestral				
e.	Usted recibe apoyo de instituciones del estado o gobiernos locales, parroquiales o provinciales que incentive las prácticas ancestrales				
f.	Considera que se respeta la normativa que garantiza la protección de la prácticas de medicina Ancestral				
g.	Usted conoce la existencia de políticas públicas que fomentan la economía popular y solidaria.				
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN					

Anexo 3: Índice de Fiabilidad y Varianza Extraída

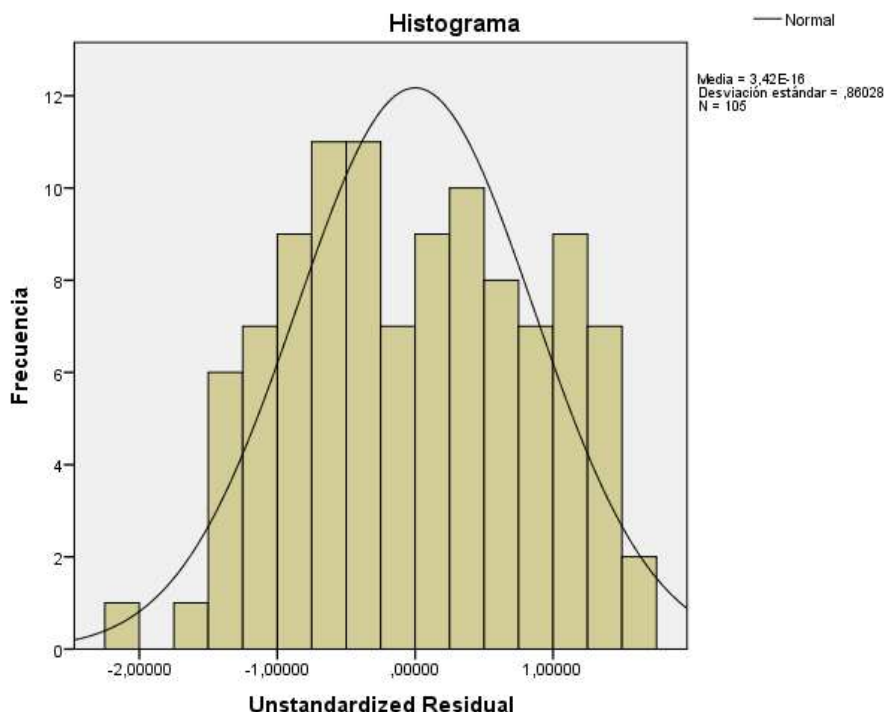
Ítems	Cargas factoriales (aij)	Cargas factoriales (aij) ²	Varianza del Error (Var(Eij))
TRATAMIENTO:BAÑOS: Baños energéticos	0,96	0,922	0,078
TRATAMIENTO:LIMPIAS: Limpias de armonización del aura y curar para curar mal de ojo, espanto, mal aire	0,938	0,880	0,120
TRATAMIENTO:RITUALES: Reestructurar el equilibrio entre el cuerpo, espíritu y el alma	0,893	0,797	0,203
TRATAMIENTO:MASAJES/SOBADAS: Masajes antiestres	0,791	0,626	0,374
TRATAMIENTO:BAÑOS: Baños de florecimiento para la suerte	0,708	0,501	0,499
TRATAMIENTO:MASAJES/SOBADAS: Masajes o sabadas de rehabilitación	0,539	0,291	0,709
TRATAMIENTO:RITUALES: Renovación de las energias entre lo individual, colectivo y la naturaleza	0,347	0,120	0,880
Número ítems	7	7	7
Suma de cargas factoriales SUM (aij)	5,18	4,14	2,86
Suma de cargas factoriales al cuadrado [SUM (aij)] ²	26,79		
Índice de Fiabilidad compuesta(IFC)	0,90		
Índice de Varianza Extraída (IVE)	0,59		
$SUM(aij)^2$			
$IFC = \frac{[SUM(aij)]^2 + SUM(Eij)}{SUM(aij)^2 + SUM Var(Eij)}$			
$SUM aij^2$			
$IVE = \frac{SUM(aij)^2 + SUM Var(Eij)}{SUM(aij)^2 + SUM Var(Eij)}$			

Ítems	Cargas factoriales (aij)	Cargas factoriales (aij) ²	Varianza del Error (Var(Eij))
DIAGNOSTICO: LIMPIAS: Usted practicas limpias para diagnosticar la enfermedad del cuerpo, psicologica, espíritu	0,875	0,766	0,234
DIAGNOSTICO: MASAJES: Usted practica masajes para diagnosticar la enfermedad del cuerpo, psicologica, espíritu	0,856	0,733	0,267
Número ítems	2	2,0	2,0
Suma de cargas factoriales SUM (aij)	1,73	1,50	0,50
Suma de cargas factoriales al cuadrado [SUM (aij)] ²	3,00		
Índice de Fiabilidad compuesta(IFC)	0,86		
Índice de Varianza Extraída (IVE)	0,75		
$SUM(aij)^2$			
$IFC = \frac{[SUM(aij)]^2 + SUM(Eij)}{SUM(aij)^2 + SUM Var(Eij)}$			
$SUM aij^2$			
$IVE = \frac{SUM(aij)^2 + SUM Var(Eij)}{SUM(aij)^2 + SUM Var(Eij)}$			

Ítems	Cargas factoriales (aij)	Cargas factoriales (aij) ²	Varianza del Error (Var(Eij))
ASISTENCIA VIDA REPRODUCTIVA:POSPARTO:BAÑOS:Realiza baños purificantes luego del parto	0,907	0,823	0,177
ASISTENCIA VIDA REPRODUCTIVA:PARTO:MASAJES:Usted asiste el parto mediante masaje o sobadas	0,88	0,774	0,226
ASISTENCIA VIDA REPRODUCTIVA:EMBARAZO:MASAJES:Usted durante el embarazo realiza masajes para acomodar la posición del bebé	0,877	0,769	0,231
ASISTENCIA VIDA REPRODUCTIVA:PARTO: Usted incentiva el acompañamiento de familiares cercanos durante el parto	0,858	0,736	0,264
ASISTENCIA VIDA REPRODUCTIVA:EMBARAZO: Guía y ofrece tratamientos nutricionales durante el embarazo	0,833	0,694	0,306
ASISTENCIA VIDA REPRODUCTIVA:POSPARTO LIMPIAS:Realiza limpiezas energéticas luego del parto	0,815	0,664	0,336
ASISTENCIA VIDA REPRODUCTIVA:INFERTILIDAD:LIMPIAS:Usted realiza limpiezas o baños energéticos como método para la inferilidad	0,794	0,630	0,370
ASISTENCIA VIDA REPRODUCTIVA:INFERTILIDAD:BAÑOS:Usted realiza baños purificantes como método para la inferilidad	0,688	0,473	0,527
ASISTENCIA VIDA REPRODUCTIVA:POSPARTO:MASAJES:luego del parto usted realiza masajes para fortalecer el cuerpo de la mujer	0,686	0,471	0,529
ASISTENCIA VIDA REPRODUCTIVA:POSPARTO:MASAJES:usted realiza prácticas de encaderamiento luego del parto	0,588	0,346	0,654
Número ítems	10	10	10
Suma de cargas factoriales SUM (aij)	7,93	6,38	3,62
Suma de cargas factoriales al cuadrado [SUM (aij)] ²	62,82		
Índice de Fiabilidad compuesta(IFC)	0,95		
Índice de Varianza Extraída (IVE)	0,64		
$SUM(aij)^2$			
$IFC = \frac{SUM(aij)^2}{[SUM(aij)]^2 + SUM(Eij)}$			
$IVE = \frac{SUM aij^2}{SUM (aij)^2 + SUM Var (Eij)}$			

Anexo 4: Pruebas para la aplicabilidad de la regresión múltiple

Gráfico 6. Distribución de los residuos no estandarizados del modelo de regresión lineal de las prácticas ancestrales en la Ciudad de Cuenca



Fuente: Base de datos en SPSS versión 20 del Cuestionario PRAM.
Elaboración: Autor

Anexo 5: Prueba de multicolinealidad

Tabla 17. Prueba de multicolinealidad de las variables del modelo de prácticas de medicina ancestral

Variables independientes	Prácticas ancestrales	Estadísticas de colinealidad	
		Tolerancia	VIF
Sexo		,8574	1,166
Rango de edad		,9249	1,081
Variable dummy de etnia indígena		,8668	1,154
Estado Civil		,8489	1,178
Nivel de educación secundaria		,9486	1,054
Nivel de educación superior		,8641	1,157
Índice de servicios básicos, 1 bajo índice y 6 alto índice		,9139	1,094

Fuente: Base de datos en SPSS versión 20 del Cuestionario PRAM.
Elaboración: Autor